



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Marianne Piilola

Marja-Liisa Valli

TERVEYDENHOITAJA LAPSEN
FYYSISEEN KALTOINKOHTELUUN
PUUTTUJANA

Sosiaali- ja terveysala

2011

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Marianne Piilola & Marja-Liisa Valli
Opinnäytetyön nimi	Terveydenhoitaja lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttujana
Vuosi	2011
Kieli	suomi
Sivumäärä	66 + 2 liitettä
Ohjaaja	Paula Hakala

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mitä lastenneuvolan ja alakoulun terveydenhoitaja tekee, kun hänellä herää epäily lapsen fyysisestä kaltoinkohtelusta. Opinnäytetyössä tutkittiin, mitä puuttumisen keinoja on, mitä terveydenhoitajat niistä tietävät sekä mikä estää tai edistää puuttumista. Lisäksi tutkittiin onko Vaasassa käytössä toimintamalli lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisessa.

Tutkimus oli luonteeltaan kvalitatiivinen, mutta muutaman kysymyksen osalta myös kvantitatiivinen. Aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeiden avulla helmikuussa 2011. Tutkimukseen osallistui 16 Vaasan lastenneuvoloiden ja suomenkielisten alakoulujen terveydenhoitajaa. Tulokset analysoitiin sisällönanalyysillä.

Terveydenhoitajista yli puolet (56 %) määritteli laiminlyönniksi luokiteltavan kaltoinkohtelun fyysiseksi kaltoinkohteluksi. Tärkeimmät puuttumisen keinot olivat keskustelu ja avoin informointi vanhemmille, yhteys lastensuojeluun tai lastensuojeluilmoitus. Puuttumista vaikeutti eniten epävarmuus, näytön puuttuminen, pelko välien rikkoutumisesta vanhempiin sekä pelko vanhempien kiukusta ja aggressiivisuudesta. Puuttumista helpottivat erityisesti moniammatillinen yhteistyö, lapsen tai vanhemman kertominen asiasta, näkyvät merkit, terveydenhoitajan työkokemus ja ammattitaito sekä toimiva asiakassuhde. Yli puolet (56 %) vastaajista kertoi lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisen toimintamallin olevan käytössä työpaikallaan, vastaavasti 44 % ei ollut tietoisia toimintamallista. Puolet (50 %) vastaajista kertoi ottavansa kasvatus- ja kurittamiskäytännöt puheeksi vanhempien kanssa joka käynnillä tai usein, lisäksi kuusi vastaajaa otti asian puheeksi tarvittaessa. Suurimpana riskitekijänä lapsen fyysiselle kaltoinkohtelulle pidettiin vanhempien päihteidenkäyttöä (88 %). Puolet (50 %) vastaajista kertoi yhteistyössä sosiaalipuolen kanssa olevan ongelmia.

Suurin osa vastaajista oli kohdannut lapsen fyysistä kaltoinkohtelua ja puuttunut siihen. Puuttumisen keinot ovat terveydenhoitajilla tiedossa, tarvitaan vain lisää rohkeutta puuttua ja yhteistyön toimivuutta.

Avainsanat	terveydenhoitaja, lastenneuvola, alakoulu, lapsi, fyysiseen kaltoinkohteluun puuttuminen
------------	--

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
 UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
 Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

ABSTRACT

Authors	Marianne Piilola & Marja-Liisa Valli
Title	Public Health Nurse`s Intervention in Child`s Physical Abuse
Year	2011
Language	Finnish
Pages	66 + 2 Appendices
Name of Supervisor	Paula Hakala

The purpose of this bachelor`s thesis was to find out what the public health nurse in child health centre and primary school does, when she suspects child`s physical abuse. This bachelor`s thesis studied what ways of intervention there are, what the public health nurses know about them and what hinders and what promotes the intervention. A further purpose was to find out if there is an operation model in Vaasa for the intervention in child`s physical abuse.

The research was mainly qualitative but it also included some quantitative questions. The research material was collected with a questionnaire in February 2011. The study was participated by 16 public health nurses in child health centres and Finnish primary schools in Vaasa. The results were analyzed with content analysis.

Over a half of the public health nurses (56 %) defined neglect as physical abuse. The most important ways to interfere were conversation and open information for the parents, contact to child welfare or child welfare notification. The intervention was mostly complicated by uncertainty, lack of evidence, fear of severing relations with the parents and fear of parents` anger and aggressiveness. Factors that facilitated the intervention and made it easier included cooperation with other professionals, children or parents telling about abuse, visible signs, public health nurse`s work experience and skills as well as good relation to the clients. Over a half (56 %) of the participants told that there is an operation model for the intervention in child`s physical abuse at their workplace and 44 % weren`t aware of the operation model. A half of the participants (50 %) discussed with the parents the upbringing of a child and corporal punishment often or during every appointment, in addition six participants discussed it when needed. The major risk factor for child`s physical abuse was considered to be parents` consumption of intoxicants (88 %). A half of the respondents (50 %) felt that cooperation with social welfare is problematic.

The majority of the respondents had faced physical abuse of a child and intervened. Public health nurses know how to intervene, but more courage to intervene and well-working cooperation is needed.

Keywords	Public health nurse, child health centre, primary school, child, intervention in physical abuse
----------	---

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO.....	6
2	KALTOINKOHTELU	7
2.1	Fyysinen kaltoinkohtelu	7
2.2	Kaltoinkohtelun tunnusmerkit	10
2.3	Kaltoinkohtelua edistäviä riskitekijöitä	11
2.4	Kaltoinkohtelun esiintyvyys.....	13
2.5	Kaltoinkohtelun vaikutukset lapseen	14
3	NEUVOLAIKÄINEN LAPSI.....	16
3.1	Lastenneuvolan tavoitteet ja tehtävät.....	16
3.2	Lapsen seuranta lastenneuvolassa	16
3.3	Lapsen oikeudet	17
3.4	Varhainen vuorovaikutus	18
4	ALAKOULUN KOULUTERVEYDENHUOLTO.....	20
4.1	Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja tehtävät	20
4.2	Kouluterveydenhuollon merkitys	21
4.3	Yhteistyö kouluterveydenhuollossa.....	21
5	TERVEYDENHOITAJA JA LAPSEN FYYSISEEN KALTOINKOHTELUUN PUUTTUMINEN.....	23
5.1	Terveydenhoitajan työ	23
5.2	Terveydenhoitaja kaltoinkohteluun puuttujana	23
5.3	Mikä estää kaltoinkohteluun puuttumista	28
5.4	Moniammatillinen yhteistyö lasten kaltoinkohteluun puuttumisessa.....	30
6	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	33

7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	34
7.1	Tutkimusmenetelmän kuvaus.....	34
7.2	Mittarin kuvaus ja aineiston keruu	34
7.3	Tutkimuksen kohderyhmä.....	36
7.4	Tutkimusaineiston analysointi.....	37
8	TUTKIMUSTULOKSET	38
8.1	Vastaajien taustatiedot	38
8.2	Fyysisen kaltoinkohtelun määrittely, fyysisesti kaltoinkohdeltujen lasten kohtaaminen ja siihen puuttuminen	38
8.3	Puuttumisen keinot ja toimintamalli.....	40
8.4	Puuttumista vaikeuttavia ja helpottavia tekijöitä.....	44
8.5	Lapsen fyysisen kaltoinkohtelun suurentuneen riskin huomioiminen....	46
8.6	Terveydenhoitajien yhteistyötahot ja yhteistyön toimivuus	48
8.7	Fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisen kehittäminen.....	49
9	JOHTOPÄÄTÖKSET.....	51
10	POHDINTA	53
10.1	Aiheen valinta ja rajaus.....	53
10.2	Tutkimustulosten tarkastelua.....	54
10.3	Tutkimuksen luotettavuus	57
10.4	Tutkimuksen eettisyys	59
10.5	Jatkotutkimusaiheita	60
	LÄHTEET	62
	LIITTEET	

LIITELUETTELO

Liite 1. Saatekirje terveydenhoitajille

Liite 2. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Lasten kokemasta väkivallasta tulee tietoisuuteen vain jäävuoren huippu. Aihe on arka ja vaikea asia kaikille osapuolille. Asia saattaa ahdistaa aikuisia niin paljon, että se koetaan helpommaksi kieltää kokonaan. Perheen asiat koetaan heidän yksityisasiakseen, joihin ei haluta helpolla puuttua. Lapsiin kohdistuvan väkivallan kartoitustutkimuksen mukaan (2008) lapsiin kohdistuva väkivalta on Suomessa yleistä. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen muodostavat kokonaisuuden; epäily kaltoinkohtelusta ja kaltoinkohtelun tunnistaminen ovat jo asiaan puuttumista (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 3).

Lasten kaltoinkohtelusta on tärkeää lisätä tietoa ja keskustelua, jotta terveydenhoitajat osaavat tunnistaa ja puuttua asiaan. Pieni lapsi on täysin aikuisten avun varassa ja lapsen etu tulee olla joka tilanteessa ensisijainen. Varhainen puuttuminen on erityisen tärkeää, koska kaltoinkohtelulla on vakavia ja pitkäaikaisia seurauksia aikuisikään saakka. Kaltoinkohtelun jatkuminen sukupolvelta toiselle täytyy katkaista. Kaltoinkohdelluilla lapsilla on suuri riski väkivaltaisuuteen, rikollisuuteen ja päihteiden käyttöön. Aihe on mielestämme erittäin tärkeä ja tutkimusta tarvitaan lisää. Työllämme haluamme myös saada itsellemme tulevaan työhön terveydenhoitajina osaamista ja asiantuntijuutta.

Lapsen kaltoinkohtelua on monta eri lajia, rajaamme tarkastelun kohteeksi fyysisen kaltoinkohtelun ja siihen puuttumisen. Fyysinen kaltoinkohtelu on parhaiten määriteltävissä ja tutkittavissa.

2 KALTOINKOHTELU

WHO:n määritelmä lasten kaltoinkohtelulle on seuraava:

”Lapsen kaltoinkohtelu käsittää kaikki sellaiset fyysisen ja psyykkisen pahoinpitelyn muodot, seksuaalisen hyväksikäytön, laiminlyönnin taikka kaupallisen tai muun riiston, joista seuraa todellista tai mahdollista vaaraa lapsen terveydelle, elämälle, kehitykselle tai ihmisarvolle suhteessa, jossa on kyse vastuusta, luottamuksesta tai valasta” (Söderholm 2004, 11).

Lasten kaltoinkohtelu on arka ja vaikea aihealue, joka on sekä terveydenhuollon että lastensuojelun asia. Ennaltaehkäisyn lisäksi oleellista on kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 2). Vaikka aihe on arkaluontoinen, tietoisuus lapsen kaltoinkohtelusta, sen syistä ja seurauksista on lisääntynyt. Pahoinpitelyiden selvittelykäytännöt ovat selkenemässä, mutta suuri osa jää edelleen tunnistamatta; suurimpana syynä siihen on rohkeuden puute puuttumisessa. (Söderholm 2004, 10; Kallio & Tupola 2004, 88.)

Lasten kaltoinkohtelun muodot ovat laiminlyönti, emotionaalinen kaltoinkohtelu, fyysinen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö ja lapselle seipitetty tai aiheutettu sairaus (Syndroma Munchausen by proxy). Eri kaltoinkohtelun muodot eivät aina esiinny erikseen, vaan saattavat ilmetä yhtä aikaa (Söderholm 2004, 11). Hoitotyön suosituksessa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 5) fyysisen kaltoinkohtelun alle luokitellaan Munchausenin syndrooma, kemiallinen väkivalta ja vauvan ravis-telu. Tässä työssä käsittelemme fyysisistä kaltoinkohtelua ja sen alle luokiteltavia kaltoinkohtelun muotoja. Parisuhdeväkivallalla ja lasten kaltoinkohtelulla on vahva yhteys (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 4).

2.1 Fyysinen kaltoinkohtelu

Lasten pahoinpitely diagnoosia ei tunnettu vielä 1950-luvulla, vakiintuneen aseman lääketieteellisenä diagnoosina se sai vasta vuonna 1962. Ruumiillinen kuritus kiellettiin Suomessa vasta vuonna 1984. ”Joka vitsaa säästää, se lastaan vihaa” on siirtynyt kasvatusperiaatteena sukupolvelta toiselle. Vanhemmat eivät välttämättä

ymmärrä ruumiillisen kurituksen olevan lapsen kaltoinkohtelua. (Paavilainen, Kanervisto, Flinck & Rautakorpi 2006, 26; Söderholm 2004, 87.)

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut kansallisen ohjelman lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämiseksi. Ohjelma on julkaistu syksyllä 2010. Tavoitteena on vähentää lapsiin kohdistuva fyysinen kuritusväkivalta puoleen vuoden 2008 tasosta vuoteen 2012 mennessä. Tavoitteena on myös vahvistaa kuritusväkivallan vastaisia asenteita, vahvistaa lapsen ihmisarvoa sekä lapsen ja vanhemman molemminpuolista kunnioitusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Fyysinen kaltoinkohtelu tarkoittaa sellaista toimintaa, jonka seurauksena lapselle aiheutuu kipua ja tilapäisiä tai pysyviä fyysisen toiminnan vaikeuksia (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 5). Suomen lain mukaan ruumiillinen kuritus on pahoinpitelyä. Pahoinpitelyä pidetään lievänä, jos sen seurauksena ei ole tullut ruumiinvammaa. Pahoinpitely on törkeä, jos sen seurauksena on syntynyt hengenvaarallinen tai pysyvä vamma tai pahoinpitely kokonaisuudessaan arvioidaan törkeäksi. Puolustuskyvyttömän pikkulapsen pahoinpitelyä pidetään törkeänä, vaikka syntynyt vamma ei olisikaan henkeä uhkaava. (Kallio & Tupola 2004, 88.)

Fyysisen kaltoinkohtelun vammoja ovat mustelmat, palovammat, pään vammat, murtumat, sisäiset vammat ja viiltelyhaavat. Usein vammat jäävät pysyviksi, kuten arvet, kivut ja neurologiset poikkeavuudet. Pahimmassa tapauksessa seurauksena on lapsen kuolema. Fyysistä kaltoinkohtelua ovat esimerkiksi lyöminen, potkiminen, tupakalla polttaminen, hiuksista repiminen ja kuristaminen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 5.)

Munchausenin syndrooma on fyysisen väkivallan muoto, jossa lapsen oireet tai sairaus selittyvät useimmiten äidin keksimillä oirekuvauksilla, jonka seurauksena lapselle tehdään mahdollisesti turhaan erilaisia tutkimuksia ja toimenpiteitä. Suurin haitta aiheutuukin tarpeettomasti määrättyistä tutkimuksista ja hoidoista. Fyysisen haitan, kuten kipu, lisäksi aiheutuu aina myös psyykkistä haittaa, kuten pelkoa. Lapsen kautta ilmenevää Munchausen-oireyhtymää pidettiin aluksi harvina-

sena. Myöhemmin on todettu, että oireiden kirjo on laaja ja ongelma on epäiltyä yleisempi. (Lounamaa 2004, 117–119.)

Munchausenin syndrooman vuoksi yleisimpiä hoitoon hakeutumisen syitä ovat myrkytykset, oksentaminen, poissaolo-kohtaukset, ripuli, hengittämättömyyskohtaus, kuume, tajuttomuus, tajunnan tason lasku, nestehukka ja verioksennukset. Lapsen oireiden aiheuttaja tai keksijä, joka myös tuo jatkuvasti lasta tutkimuksiin ja hoitoon, on useimmiten lapsen äiti. Aikuinen hakee tällä tavalla apua ja huomiota terveydenhuollolta, erityisesti lääkäreiltä. Oirekuvaukset ovat usein erittäin vakuuttavia. (Lounamaa 2004, 120–121.)

Epäily Munchausenin syndroomasta herää tavallisesti kun lapsella kuvatut oireet eivät tunnu sopivan mihinkään tunnettuun tautiin tai niitä ei pystytä lääkärintutkimuksissa varmentamaan. Epäilyttävää on myös, jos kuvattujen oireiden vaikutukset ovat lapsen vointi ja löydökset huomioon ottaen suhteettoman suuria. Hälyttävää on, jos lääkäri ei ole aikaisemmin tavannut vastaavaa potilastapausta eikä oireille löydy lääketieteellistä syytä. Taudin tunnistaminen on vaikeaa, koska sen mahdollisuus ei tule terveydenhuollon ammattihenkilöiden mieleen tai se torjutaan mahdottomana ajatuksena. (Lounamaa 2004, 123.)

Hoitotyön suosituksen mukaan (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 5) kemiallinen väkivalta tarkoittaa lapsen huumaamista rauhoittavilla lääkkeillä tai päihteillä, jotta lapsi nukkuisi, tai ei anneta lapselle hänen tarvitsemiaan lääkkeitä tai noudateta lapselle määrättyä ruokavaliota.

Vauvan ravistelu (”Shaken baby syndrooma”, SBS) syntyy aikuisen ravistellessa vauvaa rajusti. Tällaiset vammat voivat syntyä vain voimakkaan ravistelun seurauksena. Ravistelun aikaansaamia vammoja voivat olla suorat aivovammat, kaularangan alueen selkäydinvammat, silmän sisäiset vammat ja raajojen murtumat. Ravistelun uhri on monesti alle 1-vuotias lapsi. Ravistelun yksi erityispiirre on, että ravistelu toistuu, koska lapsen itku hiljenee ravistelulla. Vauvan ravistelun ehkäisemiseksi on tehty Käsiteltävä varoen -esite, jota terveydenhoitajat jakavat vastasyntyneen vanhemmille ensimmäisellä neuvolakäynnillä. (Kallio & Tupola 2004, 95; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 236; THL 2010b.)

2.2 Kaltoinkohtelun tunnusmerkit

Söderholmin ym. mukaan (2004, 89) diagnosoimattoman pahoinpitelyn uusintapahoinpitelyssä on 35 %:n riski pysyvään vammautumiseen ja 5–10 %:n riski kuolemaan. Tärkein tekijä diagnoosia mietittäessä on lapsen ikä. Periaatteena on, että mitä nuoremalla lapsella todetaan murtuma, kallovamma, mustelma tai palovamma, sitä todennäköisemmin se on syntynyt pahoinpitelyn seurauksena. Vaikeita, hengenvaarallisia kallo- ja sisäelinvammoja alkaa syntyä vasta noin 4–5 metrin pudotuksen jälkeen. (Kallio & Tupola 2004, 89–90.)

Epäilyksiä herättäviä asioita pahoinpitelyn selvittämisessä ovat tapahtumakuvausten ja haavan, mustelman tai murtuman arvioitun iän välinen ristiriita, tapahtumien selittäminen saattaa muuttua ja hoitoon hakeutumisessa voi olla viivettä (Kallio & Tupola 2004, 90).

Pahoinpitelymustelmat sijaitsevat tyypillisesti selässä, kasvoissa, niskassa, kaulalla, pakaroissa ja reisien takapinnalla. Mustelmat voivat tulla esineellä lyömisestä, puristamisesta, nipistamisestä, kiinnipitämisestä tai sidonnasta. Terveillä liikkuvilla lapsilla luonnolliset mustelmat ovat yleisiä, mutta mustelmat ovat harvinaisia pienillä imeväisillä. Luonnollisia mustelmia voi konttausikäisellä olla otsassa, käsissä, kyynärvarsissa sekä polvissa. Leikki-ikäisellä taas luonnollisia mustelmia voi yleensä olla säären ja polven etupinnalla. (Kallio & Tupola 2004, 90–91.)

Tarkkarajaiset palovammat ovat tyypillisiä aiheutettuja palovammoja, jotka johtuvat esimerkiksi savukkeista, esineistä tai nesteistä. Hansikasmainen palovamma lapsen kädessä on esimerkki aiheutetusta palovammasta, kun lapsen käsi on upotettu kuumaan nesteeseen. Luonnollisessa palovammassa olisi syntynyt roiskeiden ja suojautumisen jälkiä, mutta nämä voivat kuitenkin syntyä myös tahallisessa palovammassa. (Kallio & Tupola 2004, 91–92.)

Koska pienen lapsen murtuma on todennäköisesti aiheutettu pahoinpitelyssä, kaikki imeväisten ja pikkulasten murtumat tulee tutkia huolellisesti. Varmoja pahoinpitelyn merkkejä ovat eri paranemisvaiheissa olevat samanaikaiset murtumat. Lapsen luusto on joustavaa ja siksi poikkimurtumia syntyy vain kovan väkivallan

seurauksena, toisin kuin kierremurtumia. Kierremurtumia voi esiintyä taaperoiäs-sä (1–3 vuotta) reiden ja säären diafyysialueella. Myös vaikeasti sairailta liikunta-vammaisilla lapsilla on herkemmin murtumia. (Kallio & Tupola 2004, 90, 92–93.)

Ravistelun yleisimpiä oireita ovat oksentelu, itkuisuus, huono syöminen, tajun-nantason häiriöt, hengityskatkokset, kohtausoireet ja jäykistely. Oireet vaihtelevat lievistä hengenvaarallisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 236). Kemiallisen pahoinpitelyn mahdollisuus on huomioitava, jos lapsi on tuntemattomasta syystä unelias, sekava tai hänen tajunnantasonsa vaihtelee (Kallio & Tupola 2004, 96).

Lapsen ollessa vastaanotolla vanhempansa kanssa, on tärkeää tarkkailla heidän välistä vuorovaikutustaan. Huolestuttavaa on, jos ammattilaisen huoli lapsen hy-vinvoinnista poikkeaa merkittävästi vanhemman käsityksestä lapsesta. Vanhempi ei välttämättä tunnusta ongelmien olemassa oloa. Hän voi käyttäytyä lasta kohtaan vihamielisesti tai ei ”näe” tai ”kuule” lasta. Vanhemman kyky lohduttaa lasta voi olla huono. Lapsi voi olla arka, häneen voi olla vaikea saada kontaktia tai hän voi olla vihamielinen ja levoton. Huolestuttavaa on myös, jos lapsi ei halua lähteä vastaanotolta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 237.)

2.3 Kaltoinkohtelua edistäviä riskitekijöitä

Riskitekijät voivat liittyä lapseen, vanhempiin tai perhetilanteeseen. Lapsilla, joil-la ei ole yhtään riskitekijää, kaltoinkohtelun todennäköisyys on 3 %. Lapsilla, joilla riskitekijöitä on vähintään neljä, kaltoinkohtelun todennäköisyys on 24 %. Pienellä lapsella on suurempi riski joutua kaltoinkohdelluksi kuin vanhemmalla lapsella. Riskitekijöitä ovat myös synnytykseen ja raskauteen liittyvät vaikeudet, kuten lapsen ennenaikainen syntymä tai vammaisuus. Yksi keskeinen riskitekijä on lapsen itkuisuus. Lapsella voi olla käyttäytymisongelmia ja vanhempaa ärsyt-täviä tekijöitä (esimerkiksi uhma, tottelemattomuus, lapsi loukkaa äitiään tai lapsi ei täytä äidin odotuksia). (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 12; Paavilainen 2007, 417.)

Vanhempiin liittyviä tärkeimpiä riskitekijöitä ovat päihteiden käyttö ja mielenter-veysongelmat. Vanhempaa itseään on voitu kaltoinkohdella lapsena, joka lisää

oman lapsen kaltoinkohtelun riskiä. Muita riskitekijöitä ovat vanhemman vakava sairaus, rikollinen tausta, alhainen koulutus, vanhempien nuori ikä ja yksinhuoltajuus. Raskaus voi olla ei-toivottu. Huolestuttavaa on vastaanotolle varattujen aikojen runsas laiminlyönti. Kasvatukseen liittyviä riskitekijöitä ovat autoritaarinen kasvatustapa ja siihen liittyvät kurinpitomenetelmät. Perhetilanteeseen liittyviä riskitekijöitä ovat sosiaalisen tuen puute, parisuhdeongelmat, muu perheväkivalta sekä taloudelliset ongelmat. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 12–13; Paavilainen 2007, 417.)

Paavilainen (1998, 6, 103–106) on verrannut tutkimuksessaan lasta kaltoinkohtelevien ja ns. tavallisten lapsiperheiden dynamiikkaa sekä etsinyt kaltoinkohteluun vaikuttavia tekijöitä. Tutkimusaineisto kerättiin sekä haastatteleamalla että kyselylomakkeella lasta kaltoinkohtelevilta perheiltä, tavallisilta lapsiperheiltä ja lapsettomilta perheiltä. Tutkimuksen mukaan kaltoinkohtelun esiintymiseen vaikuttivat vanhemman alhainen koulutus, monilapsisuus, työttömyys, perheenjäsenten heikko yksilöityminen sekä perheen heikko pysyvyys ja turvallisuuden tunne.

Erityisiä ravisteluun liittyviä riskitekijöitä ovat vanhempien osalta vanhempien nuori ikä, runsas päihteiden käyttö, mielenterveysongelmat, uupumus ja omat väkivallan kokemukset lapsuudessa. Vauvaan liittyviä riskitekijöitä ovat keskosuus, kaksosuus, poikasukupuoli ja itkuisuus (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 12).

Munchausenin syndroomaan liittyviä riskitekijöitä ovat alle 2-vuotias lapsi, äiti väkivallan tekijänä, sisaruksilla todettu monipuolinen medikaalinen eli lääketieteellinen tausta (esimerkiksi paljon käyntejä terveyspalvelujen piirissä) ja sisarusen äkkikuolema (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 12).

Riskitekijöiden tietäminen helpottaa lasten kaltoinkohtelun tunnistamista ja puuttumista, mutta on tärkeää muistaa, että lasten kaltoinkohtelua esiintyy kaikissa yhteiskunnissa ja yhteiskuntaluokissa. Kaltoinkohtelua voi esiintyä myös perheissä, jotka eivät ulkoapäin vaikuta riskiperheeltä (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 4; Söderholm 2004, 13).

2.4 Kaltoinkohtelun esiintyvyys

Lasten kokemasta väkivallasta tulee tietoon vain jäävuoren huippu; vaikka ilmiötä kuvaavat luvut olisivat suuria, ovat ne todellisuudessa vieläkin suurempia. Kaltoinkohtelun esiintyvyyttä on vaikea arvioida, koska sitä on tutkittu eri tavoin ja määritelmät ja kriteerit ovat olleet erilaisia eri tutkimuksissa. Kaltoinkohdeltujen vastauksiin voivat vaikuttaa häpeä ja salailu sekä traumaattisten kokemusten aiheuttama muistinmenetys. (Henttonen 2009, 16–17; Paavilainen & Pösö 2003, 28.)

Suomessa on tehty vuonna 1990 lasten kaltoinkohtelututkimus, jonka mukaan 72 % lapsista oli joutunut vanhempiensa lievän väkivallan (tukistamista, läimäytyksiä, piiskaamista, tönimistä) kohteeksi. 8 % lapsista kertoi joutuneensa vakavan väkivallan (nyrkiniskuja, potkuja) kohteeksi (Henttonen 2009, 17; Paavilainen 2007, 416).

Lapsiin kohdistuvan väkivallan kartoitustutkimuksen mukaan (2008) lapsiin kohdistuva väkivalta on Suomessa yleistä. Fyysistä tai henkistä väkivaltaa oli kokenut kaksi kolmasosaa vastaajista. Noin neljännes vastaajista oli joutunut pahoinpitelyn tai sen yrityksen kohteeksi. Perheessä tapahtuva kuritusväkivalta oli vähentynyt huomattavasti. Kuitenkin vakavaa väkivaltaa kokevien lasten osuus on pysynyt yhtä suurena kuin kaksikymmentä vuotta sitten. (Henttonen 2009, 17.)

Suomessa tilastoidaan 50 vakavaa pahoinpitelyä vuodessa, mutta sen lisäksi on tapaturmiksi tilastoituja pahoinpitelyjä. Alle kolmivuotiaiden murtumista 25 % on aiheutunut pahoinpitelystä. Lasten palovammoista 10 % on tahallisia. Suomessa joutuu vuosittain sairaalahoitoon 300 pahoinpideltyä lasta. Pahoinpitelyyn menehtyy vuosittain 10–15 lasta. (Paavilainen 2007, 416.) Suurin osa kaltoinkohteluista ei tule poliisin ja muiden oikeusviranomaisten tietoon. Suuri osa pahoinpitelyistä tapahtuu kodeissa ja tekijöinä ovat lapsen omat vanhemmat tai läheiset (Tolvanen & Vuento 2004, 216–217).

Sijoitettujen ja huostaanotettujen lasten määrä on kasvanut jo pitkään, mutta kääntynyt lievään laskuun vuonna 2009. Huostassa olevien lasten määrä on vähentynyt neljä prosenttia. Kiireellisten sijoitusten määrä kuitenkin jatkoi kasvuaan 17 pro-

sentilla. Huostaanotto oli useimmiten kiireellinen sijoitus. Kodin ulkopuolelle oli yhteensä sijoitettuna yli 16 000 lasta ja nuorta. Lastensuojelun avopalveluiden asiakkaiden määrä jatkoi kasvuaan vuonna 2009 noin viidellä prosentilla. (THL 2010a.)

2.5 Kaltoinkohtelun vaikutukset lapseen

Kaltoinkohtelulla on moninaisia vaikutuksia lapsen kehityksen alueisiin. Se vaikuttaa lapsen fyysiseen, kognitiiviseen, emotionaaliseen ja sosiaaliseen kehitykseen. Nämä negatiiviset vaikutukset voivat olla vakavia ja pitkäaikaisia, jotka lapsen aikuistuttua aiheuttavat esimerkiksi mielenterveysongelmia, sopeutumisongelmia, somaattisia vaivoja, aggressiivisuutta, väkivaltaisuutta, rikollisuutta ja päihteiden käyttöä. Lapsella, jota on kaltoinkohdeltu, on 1,9 kertaa suurempi riski ajautua väkivaltarikoksiin sekä myös seksuaalirikosten riski kasvaa. On tutkittu, että rikoksentekijät ovat usein kokeneet lapsena runsaasti väkivaltaa ja laiminlyöntiä. (Paavilainen 2007, 417; Paavilainen & Pösö 2003, 40.)

Lapsen kaltoinkohtelu altistaa posttraumaattiselle stressihäiriölle, joka ilmenee esimerkiksi painajaisunina, tunteiden ja huomiokyvyn heikentymisenä sekä eristäytyneisyytenä. Myös ahdistusta, masennusta ja itsemurha-ajatuksia liittyy tilanteeseen (Turunen 2004, 188).

Turvallinen varhainen kiintymyssuhde ja toimiva vuorovaikutussuhde ainakin yhteen läheiseen aikuiseen ovat välttämättömät lapsen terveelle kehitykselle. Leikeissään lapsi voi käydä läpi traumaattisia tapahtumia. Lapsen voi olla vaikea saada kontaktia ja hänelle voi tulla monenlaisia pelkoja (Turunen 2004, 189–191).

Kaltoinkohdellulla vauvalla on tavallisesti huono fyysinen terveys ja syömishäiriöitä. Vuorovaikutuksen ja motoriikan kehitys voi viivästyä sekä vauva on levoton ja itkee paljon. Tyypillisiä vaikutuksia ovat myös uni- ja nukahtamishäiriöt (Holmberg 2000, 14–15).

Leikki-ikäisellä traumat näkyvät leikeissä. Myös mielialahäiriöt ovat tavallisia ja lapsella on paljon pelkotiloja. Lapsella voi olla vaikeuksia sosiaalisessa kanssakäymisessä. Tämä voi näkyä aggressiivisuutena tai arkuutena ja syrjäänvetäyty-

misenä. Leikki-ikäisellä lapsella ilmenee myös somaattisia ongelmia, esimerkiksi päänsärkyä ja vatsakipua. Lapsi voi myös taantua varhaisemmalle kehitystasolle kokemansa väkivallan vuoksi. (Holmberg 2000, 15.)

Kaltoinkohtelun kokemukset voivat olla sellaisia, että niitä on ollut mahdoton työstää, jolloin niiden vaikutukset siirtyvät sukupolvelta toiselle. On osoitettu, että jos vakava kaltoinkohtelu tai laiminlyönti jatkuvat lapsella yli 12 kuukautta, se vaikuttaa pysyvästi lapsen kognitiiviseen kehitykseen, mikä ilmenee alentuneena älykkyytenä. Syntyneitä vaurioita ei korjaa edes hyvä hoito ja turvallinen kiintymyssuhde tapahtuneen jälkeen. (Turunen 2004, 194–195.)

3 NEUVOLAIKÄINEN LAPSI

3.1 Lastenneuvolan tavoitteet ja tehtävät

Lastenneuvolan tehtävänä on seurata ja tukea lapsen fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja emotionaalista kehitystä. Lastenneuvolassa huolehditaan rokotusohjelman mukaisten rokotusten antamisesta. Lastenneuvolasta vanhemmat saavat tukea vanhemmuuteen ja turvalliseen lapsilähtöiseen kasvatustapaan. Lastenneuvolan tehtävänä on myös tunnistaa riittävän ajoissa hälyttävät merkit lapsen kehityksessä, perheessä tai elinympäristössä sekä puuttua ajoissa terveyttä vaarantaviin tekijöihin. Lastenneuvolasta tulee myös tarvittaessa ohjata lapsi ja hänen perheensä jatkotutkimuksiin tai eri asiantuntijoiden piiriin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 21.)

Neuvolan toimintaperiaatteita ovat esimerkiksi maksuttomuus, vapaaehtoisuus, yksilöllisyys, perhekeskeisyys ja moniammatillinen yhteistyö. Neuvoloiden toimintoja ovat terveydenhoitajan ja lääkärin vastaanotot, kotikäynnit sekä ryhmätoiminta (Tarvala, Alvari & Johansson 2003, 90).

3.2 Lapsen seuranta lastenneuvolassa

Kuusiviikkoiseksi asti lapsi vanhempineen on äitiysneuvolan asiakas, jonka jälkeen he siirtyvät lastenneuvolan asiakkaisiksi. Suositusten mukaisesti alle yksivuotiaat käyvät lastenneuvolassa määräaikaistarkastuksissa kahdeksan kertaa. 1–2-vuotiailla käyntejä on neljä vuodessa ja sitä vanhemmilla kerran vuodessa. Lääkärintarkastuksia on ensimmäisenä vuonna kolme ja kahdesta kolmeen käyntiä ennen kouluikää. (Lindholm 2007, 113.)

Lastenneuvolan työmuotoina ovat terveystapaamiset, joihin kuuluvat seulontatutkimukset, rokotukset, ohjauksen ja tuen anto sekä neuvonta. Kotikäynnit mahdollistavat varhaisen puuttumisen ongelmiin. Osa tapaamisista voi olla vertaisryhmässä. Tarvittaessa lastenneuvolasta ohjataan erityispalveluiden piiriin. (Lindholm 2007, 113–114.)

Määräaikaistarkastuksissa seurataan lapsen fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kasvua ja kehitystä. Tarkastuksissa pyritään toteamaan poikkeamat mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Koko perhe huomioidaan ja ongelmien sijasta painotetaan voimavarojen tukemista. Tarkastuksen pääpaino on terveydenhoitajan ja perheen välisellä vuorovaikutuksella ja keskustelulla. (Lindholm 2007, 114.)

3.3 Lapsen oikeudet

YK:n lapsen oikeuksien sopimus on tullut voimaan Suomessa vuonna 1991. Lapsen oikeuksien sopimus on lapsia koskeva ihmisoikeussopimus, joka velvoittaa allekirjoittaneet valtiot toteuttamaan sopimusta. Sopimus luo näin suuntaviivat lapsipolitiikan ja lastensuojelun kehittämiseksi Suomessa. Tavoitteena on, että lapsen etu asetetaan aina etusijalle lakeja laadittaessa ja viranomaispäätöksiä tehtäessä. Suomi on saanut tunnustusta lapsen oikeuksien käytännön toteuttamisesta. Muun muassa lastensuojelulakiamme laadittaessa on pyritty samanhenkisyteen lasten oikeuksien sopimuksen kanssa. (Karling, Ojanen, Sivén, Vihunen & Vilén 2008, 11; Unicef 2010b.)

Lapsen oikeuksien sopimuksessa lapsella tarkoitetaan kaikkia alle 18-vuotiaita. Lasten oikeuksien sopimuksen mukaan lapsella on oikeus muun muassa elämään, kehittymiseen, erityiseen suojeluun ja huolenpitoon. Sopimuksen mukaan lapsella on myös oikeus elää vanhempiensa kanssa, jos se on hänelle turvallista. Jos lapsi joutuu eroon vanhemmistaan, hänellä on oikeus tavata vanhempiaan säännöllisesti. Tapaaminen voidaan kuitenkin estää, jos se on lapsen edun vastaista. Lapsi, joka on joutunut eroon perheestään, on oikeutettu erityiseen tukeen ja suojeluun valtion taholta. Sopimuksessa sanotaan, että lasta on suojeltava väkivallalta, välinpitämättömyydeltä ja hyväksikäytöltä. (Unicef 2010a.)

Lastensuojelulain tarkoituksena on ”turvata lapsen oikeus turvalliseen kasvu-ympäristöön, tasapainoiseen ja monipuoliseen kehitykseen sekä erityiseen suojeluun” (L417/2007, 1§). Lastensuojelua arvioitaessa ja toteutettaessa ensisijalla on lapsen etu. Lastensuojelun toimenpiteiden on turvattava lapselle esimerkiksi tasapainoinen kehitys ja hyvinvointi, iän ja kehitystason mukaisen huolenpidon sekä fyysisen ja psyykkisen koskemattomuuden. Lastensuojelussa on toimittava hienovarai-

sesti ja ensisijaisesti käytettävä avohuollon palveluita, jollei lapsen etu vaadi toisin. Jos sijaishuolto on lapsen edun kannalta paras, on se järjestettävä välittömästi. (L417/2007.)

3.4 Varhainen vuorovaikutus

Varhaisessa vuorovaikutuksessa lapsen ja vanhempien välillä kehittyy elinikäinen suhde, joka on perustana kaikille myöhemmille ihmissuhteille (Lehtimaja 2007: 237). Varhainen vuorovaikutussuhde voi vahvistaa tai heikentää lapsen psyykkistä kehitystä. Lapsen tunne omasta itsestään ja arvostaan kehittyy läheisten vuorovaikutussuhteissa. On tutkittu, että kolme ensimmäistä ikävuotta ovat tärkeimmät lapsen psyykkisessä kehityksessä mielenterveyden edistämisen kannalta. Myönteiset kokemukset saavat lapsen tuntemaan itsensä arvokkaaksi ja kiintymään toiseen ihmiseen. Traumaattiset kokemukset altistavat lapsen myöhemmille psyykkisille häiriöille. (Antikainen 2007, 375, 377.)

Vuorovaikutus toisen kanssa katseen ja kosketuksen kautta, on aivojen kehityksessä oleellista. Lapsen tunnekokemukset syntymästä lähtien ovat tärkeitä hänen kehitykselleen. Varhainen vuorovaikutus säätelee lapsen tunnekokemuksia aivojen kiihkeän kypsymisen aikana eli ensimmäisinä elinvuosina. Varhaiset negatiiviset kokemukset voivat jopa muuttaa aivojen rakennetta ja toimintaa. (Antikainen 2007, 377.)

Vanhemmat ovat vauvan kanssa vuorovaikutuksessa puheen, ilmeiden, eleiden, kosketuksen, liikuttelun, otteiden ja muun fyysisen läheisyyden kautta. Vanhempi-lapsi vuorovaikutuksessa on kyse vastavuoroisuudesta ja samantahtisuudesta. Vuorovaikutuksen samantahtisuus ilmenee vanhemman taidoista ja kiinnostuksesta sovittoa toimintansa lapsen tarpeisiin, rytmeihin ja vuorovaikutuksellisiin kykyihin. Kun vuorovaikutus toimii, vanhempi pystyy myös vastavuoroisuuteen ja ennustettavuuteen, jolloin lapsen luottamus ympäristöön lisääntyy. Tällöin lapsi kokee, että vanhempi ymmärtää ja hyväksyy hänen tarpeitaan ja tunteitaan. Lapsi myös oppii, että hän saa viestittää tunteistaan ja kokemuksistaan muille ihmisille. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 85–86.)

Terveydenhoitajan on hyvä havainnoida vanhemman ja vauvan käyttäytymistä yhdessä, jotta hän saa käsityksen vauvan ja vanhemman välisestä vuorovaikutuksesta. Vuorovaikutusta voi tukea antamalla myönteistä palautetta hyvin toimivista tilanteista ja korjata vauvan tai vanhemman kannalta huonosti toiminutta tilannetta. Korjaavaa puuttumista on esimerkiksi hienovarainen malliksi tekeminen, avoin ihmettely toiminnan kyseenalaistamiseksi tai vauvan äänenä toimiminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 86.)

4 ALAKOULUN KOULUTERVEYDENHUOLTO

4.1 Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja tehtävät

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on edistää koko kouluyhteisön hyvinvointia ja oppilaiden terveyttä sekä tukea tervettä kasvua ja kehitystä yhdessä oppilaiden, oppilashuollon muun henkilöstön, opettajien ja vanhempien kanssa. Kouluterveydenhuollon tehtävät jaetaan neljään alueeseen; koko kouluyhteisön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, koulun työolojen ja koulutyön terveellisyyden ja turvallisuuden valvonta, oppilaan hyvinvoinnin ja terveyden seuranta, arviointi ja edistäminen, oppimisen, tunne-elämän ja käyttäytymisen ongelmien tunnistaminen ja selvittäminen yhteistyössä oppilashuollon ja opettajien kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 28.)

Kouluterveydenhuollon tehtävänä on yhdessä koulun kanssa tiedottaa oppilaille, vanhemmille sekä kunnan viranomaisille ja päättäjille kouluyhteisön hyvinvoinnin ja turvallisuuden kehityksestä ja oppilaiden hyvinvoinnista sekä niihin liittyvistä ongelmista ja puutteista. Kouluterveydenhuollon on tärkeää osallistua koulun opetussuunnitelman valmisteluun lapsen kasvun, kehityksen ja hyvinvoinnin asiantuntijana. Koulutyön järjestämisessä tulee ottaa huomioon lapsen kehitysvaiheiden erityistarpeet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 28.)

Oppilaan terveyttä ja hyvinvointia tulee arvioida ja seurata kokonaisvaltaisesti. Kouluterveydenhuollon keskeisimpiä tehtäviä ovat ongelmien varhainen havaitseminen, oppilaan auttaminen nopeasti, jatkotutkimuksiin ja jatkohoitoon järjestäminen sekä hoidon toteutumisen seuranta. Kouluterveydenhuollolla on tärkeä tehtävä myös oppilaiden terveystiedon opetuksen kehittämisessä yhdessä oppilashuollon muiden työntekijöiden sekä opettajien kanssa. Kouluterveydenhoitajalla on iso vastuu koulun ensiapuvalmiudesta. (Ruski 2002, 51; Sosiaali- ja terveysministeriö 2002, 29.)

4.2 Kouluterveydenhuollon merkitys

Kouluterveydenhuollossa korostuu ehkäisevän työn merkitys, joka on erityisen suuri lapsuudessa, kun eliniän odote on pitkä. Suuret kansantaudit alkavat jo lapsuudessa ja niiden ehkäisy on kouluterveydenhuollon tärkeä tehtäväalue. Kouluterveydenhuollon tehtävänä on löytää riskiryhmät ja tarjota niille tehostettua terveydenhoitoa. Mahdollisiin ongelmiin tulisi puuttua varhain, koska tällöin saadaan yleensä parempia tuloksia. Kouluterveydenhuolto tavoittaa kaikki lapset ja nuoret säännöllisesti. Näin väliinpuotoajia ei ole ja seuranta on helppoa. (Terho 2002, 19.)

Kouluterveydenhuollon keskeisin alue on oppilaskohtainen terveydenhuolto. Määräaikaistarkastusten ja erilaisten seulontatutkimusten tarkoituksena on löytää oppilaat, joilla on terveydellisiä riskitekijöitä sekä varmistaa paras mahdollinen hoito. Terveyskasvatuksen tavoitteena on saada oppilas ymmärtämään terveyden merkitys elämässään, omaksumaan terveyttä edistävät tavoitteet ja tietämään oma vastuunsa itsensä ja ympäristönsä terveydestä. (Terho 2002, 20–21.)

Hyvin toteutetulla kouluterveydenhuollolla on tärkeä merkitys lasten ja nuorten terveyden edistämisessä. Kouluterveydenhuollon apu saattaa olla ratkaisevan tärkeää oppilaalle, jolla on ongelmia. Jotta kouluterveydenhuolto toimisi hyvin, koululääkärillä ja kouluterveydenhoitajalla tulee olla laajat tiedot ja taidot lasten ja nuorten kehityksestä, terveydestä, sairauksista ja niiden ehkäisystä, hoidosta ja kuntoutuksesta. Lisäksi heillä tulee olla hyvä yhteistyökyky ja vuorovaikutustaidot tehdessään yhteistyötä oppilaiden ja heidän vanhempien, opettajien sekä oppilashuollon muiden toimijoiden kanssa. Heidän tehtävänä on myös toimia yhdysiteenä muuhun terveydenhuoltoon ja päättäjiin, jotta kouluterveydenhuollon merkitys ymmärretään myös kuntatasolla. (Terho 2002, 21.)

4.3 Yhteistyö kouluterveydenhuollossa

Terveydenhuollon suunnitelma tehdään koulun alkaessa jokaiselle oppilaalle. Se on jatkoa neuvolaterveydenhuollon suunnitelmalle. Suunnitelman tiedot on koottu lastenneuvolasta, lasten vanhemmilta, opettajilta ja terveydenhuollosta. Määräai-

kaistarkastusten hoitotapahtumat kirjataan suunnitelmaan. Kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri toimivat työparina. Yhteistyössä mukana ovat esimerkiksi vanhemmat, opettajat, muu koulun henkilöstö, nuorisotoimi, seurakunnan nuorisotyöntekijät, poliisi sekä tukioppilaat. (Ruski 2002, 49–50.)

Yhteistyötiimin kokoonpano ja toimintamalli valitaan kulloisenkin tilanteen ja ongelman mukaan. Kouluterveydenhoitaja toimii keskeisenä välittäjänä, kun oppilaan asioita hoidetaan eri tahojen välillä. Koululääkäri vastaa lääketieteellisestä asiantuntijuudesta ja toimii tietyissä tilanteissa lääketieteellisenä auktoriteettina. Lääkäriltä saatava konsultaatioapu on kouluterveydenhoitajalle välttämätöntä. (Ruski 2002, 50–53.)

Moninaisesta yhteistyöstä huolimatta tärkein on koululaisen ja kouluterveydenhoitajan välinen vuorovaikutus. Oppilaat tuntevat usein kouluterveydenhoitajan hyvin ja hän tapaa oppilaita suhteellisen usein. Syntynyt tuttavuus auttaa oppilaita hakeutumaan oma-aloitteisemmin kouluterveydenhoitajan luo erilaisten asioiden takia. Myös vanhemmat ja opettajat ovat yhteydessä kouluterveydenhoitajaan, jos heillä ilmenee huolta lapsesta. Mikäli ongelmien taustalta löytyy esimerkiksi perheväkivaltaa, on koko perhe saatava asiantuntija-avun pariin. Mitä pienemmästä koululaisesta on kyse, sitä enemmän vaaditaan yhteistyötä. Joka tilanteessa on toimittava oppilaan edun mukaan. (Laakso & Sohlman 2002, 62, 65.)

Koulukuraattori on sosiaalityön edustaja koululla. Kouluterveydenhoitajalla usein käyvät oppilaat ovat monesti tuttuja myös kuraattorille. Kouluterveydenhoitaja ja kuraattori tekevät tiivistä yhteistyötä. Päävastuun oppilaan ongelmien selvittelystä kantaa se työntekijä, jonka luokse oppilas ensimmäisenä hakeutuu. (Laakso & Sohlman 2002, 63–64.)

5 TERVEYDENHOITAJA JA LAPSEN FYYSISEEN KALTOINKOHTELUUN PUUTTUMINEN

5.1 Terveydenhoitajan työ

Terveydenhoitaja on hoitotyön ja erityisesti terveydenhoitotyön asiantuntija sekä terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija ihmisten elämänkulun eri vaiheissa (Terveydenhoitajaliitto 2010). Terveydenhoitajakoulutus kestää neljä vuotta (240 op). Terveydenhoitaja laillistetaan terveydenhuollon ammattihenkilöksi sairaanhoitajana ja terveydenhoitajana. Koulutus antaa monipuoliset valmiudet toimia esimerkiksi lastenneuvolassa koko perheen tukemiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 294).

Terveydenhoitaja on terveyden edistämisen ja perhehoitotyön asiantuntija. Terveydenhoitaja antaa oman asiantuntemuksensa perheen käyttöön ja toimii perheen kanssa kumppanuuden ja luottamuksen hengessä lapsen ja koko perheen hyväksi. Terveydenhoitajan tärkeimpiä tehtäviä on lapsen ja perheen tuen tarpeen varhainen tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Hänen tehtävänä on arvioida, tarvitaanko muiden henkilöiden asiantuntemusta ja jatkotoimenpiteitä. Neuvolatyössä saman perheen kaikki alle kouluikäiset lapset tulisi olla saman terveydenhoitajan seurannassa, jotta kokonaisuus ja jatkuvuus toteutuvat. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 32–33.)

5.2 Terveydenhoitaja kaltoinkohteluun puuttujana

Terveydenhuollon henkilö, joka kohtaa lapsen kaltoinkohtelutilanteen, ei saa paa- ta vastuutaan, vaan hänen tulee viedä rohkeasti ja asiantuntevasti asiaa eteenpäin ja osallistua moniammatilliseen yhteistyöhön. On tutkittu, että kaltoinkohteluun ei puututa riittävästi, ja että henkilökunta tarvitsee jatkuvaa koulutusta, työnohjausta, yksilöllisiä asenteiden muutoksia sekä selkeitä apuvälineitä kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja puuttumiseen. Lasten kaltoinkohtelun hoitotyön suositus on tarkoi- tettu valtakunnalliseksi ohjeeksi käytännön hoitotyöhön. Siinä on pyritty tuomaan esiin tutkittuun tietoon ja näyttöön perustuvia periaatteita ja menetelmiä lasten

kaltoinkohtelun tunnistamiseksi ja hoitotyöntekijöiden moniammatilliseen työhön. Suosituksen tarkoituksena on helpottaa asian tunnistamista ja siihen puuttumista. Suositus on tehty systemaattisen kirjallisuuskatsauksen pohjalta. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 2; Paavilainen & Flinck 2007, 3–4.)

Kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen muodostavat kokonaisuuden; epäily kaltoinkohtelusta ja sen tunnistaminen ovat edellytyksiä asiaan puuttumiselle. Epäily ja tunnistaminen ovat myös jo asiaan puuttumista. Riskitekijöiden ja epäilyttävien tekijöiden tietäminen on tärkeää, mutta lapsen ja perheen elämäntilanteen kokonaisuus pitää huomioida. Perheväkivaltaa tulee arvioida terveidenkin lasten neuvolakäynneillä. Kaikkien kaltoinkohtelun muotojen mahdollisuus pitää ottaa huomioon, jos yksikin kaltoinkohtelun muoto todetaan. Päättelyssä pitää kuitenkin olla johdonmukainen ja varovainen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 15–16; Paavilainen & Flinck 2007, 4–5.)

Lasten kaltoinkohtelusta kannattaa kysyä suoraan, koska kysyttäessä vanhemmat usein kertovat asiasta. Vanhemmilta tulee kysyä myös lasten hoitamiseen ja kasvattamiseen sekä vanhempien parisuhteeseen liittyvistä asioista. Erityisesti vanhemmilta, jotka ovat itse lapsuudessaan joutuneet kaltoinkohdelluiksi, tulee kysyä miten he toimivat vanhempina. Kotikäynnit mahdollistavat keskustelua ja havainnointia perheen omassa ympäristössä. Erityisesti korkean riskin perheille suunnatut kotikäynnit auttavat sekä kaltoinkohtelun tunnistamista että puuttumista. Kotikäynnit tulee aloittaa varhain ja niiden tulee tapahtua riittävän usein. Erittäin tärkeitä ovat hoitajien rooli ja vuorovaikutustaidot. Keskustelu kasvattamis- ja kurinpitokäytännöistä perheen kanssa voi johtaa keskustelun mahdolliseen kaltoinkohteluun. Tärkeää on myös asennekasvatus ruumiillista kurittamista vastaan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 16–18; Paavilainen & Flinck 2007, 6.)

Eri ammattiryhmille suunnattu yhteinen laaja-alainen koulutus on tärkeä keino kaltoinkohtelun tunnistamisen ja puuttumisen parantamiseksi. Keskeisiä koulutuksen aiheita ovat tunnistamisen ja puuttumisen keinot, moniammatillinen yhteistyö, kaltoinkohtelun vaikutusten kuvaaminen, kaltoinkohtelun ennaltaehkäisy, lainsäädäntö, dokumentointi sekä tiedonkulku ja jatkohoito. Myös vuorovaikutustaitoihin ja vaikeista asioista puhumiseen tarvitaan lisätietoa ja harjoitusta. Paavi-

laisen tutkimuksesta käy ilmi, että terveydenhoitajilla on tarvetta lisäkoulutukseen ja lisäresursseihin lasten kaltoinkohtelun alueella. Myös viranomaisyhteistyötä tulee parantaa. Lasta kaltoinkohtelevat perheet eivät itse hakeudu aktiivisesti avun piiriin. Terveydenhoitajat pelkäävät ottaa kaltoinkohtelua puheeksi. (Paavilainen 1998, 6, 103–106; Paavilainen, Kanervisto, Flinck & Rautakorpi 2006, 25–26; Paavilainen & Flinck 2007,6; Paavilainen 2007, 419.)

Paavilainen, Kanervisto, Flinck ja Rautakorpi (2006, 23–26) ovat selvittäneet kykeneekö hoitohenkilökunta tunnistamaan ja kohtaamaan lasten kaltoinkohtelua, puuttumaan siihen sekä aiheeseen liittyvää koulutustarvetta. Tavoitteena oli saada perustietoa, jonka avulla voidaan kehittää kaltoinkohtelun tunnistamista ja siihen puuttumista. Tutkimuksen kohderyhmänä oli erään suomalaisen yliopistosairaalan hoitohenkilökuntaa ja tutkimus toteutettiin kyselylomakkeella. Tunnistamista edistäviä tekijöitä olivat esimerkiksi työkokemus lasten parissa, elämäkokemus, tietämys asiasta ja kaltoinkohtelun merkkien tietäminen. Kaltoinkohteluun puuttumista edistäviä tekijöitä olivat esimerkiksi keskustelu työyhteisössä ja selkeät toimintaohjeet.

Tärkeää on, että työyksiköissä keskustellaan ja sovitaan valtakunnallisen ohjeistuksen pohjalta toimintakäytännöistä lasten kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja puuttumisessa. Yhteistyön toteuttamisesta lastensuojelun toimijoiden kanssa tulee sopia ja kaikkien tulee tietää, kenen vastuulla minkäkin asian hoitaminen on. Kaltoinkohteluun liittyvä dokumentointi asiaan liittyvistä huomioista, keskusteluista ja puuttumistoimenpiteistä on tehtävä huolellisesti. Mahdollisia tukimuotoja perheelle, jossa kaltoinkohtelua mahdollisesti esiintyy ja riski on suurentunut, tulee selvittää. (Paavilainen & Flinck 2007, 7.)

Hoitajan tehtävänä on vammojen ja merkkien havainnointi sekä systemaattinen dokumentointi (ajankohta, vamman kuvaus, arvio sen synnystä ja lapsen kasvuun ja kehitykseen liittyvät asiat) sekä asiakkaan turvallisuuden arviointi ja varmistaminen. Hoitajan tulee informoida tilanteesta yhteistyötahoille, havainnoida lapsen ja vanhempien käyttäytymistä, kuunnella perhettä ja tunnistaa riskitekijät sekä järjestää jatkohoito (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008, 18).

Kaltoinkohteluun täytyy puuttua ennen kuin se vahingoittaa lapsen normaalia kasvua ja kehitystä. Lastensuojelulaki mahdollistaa hyvin kaltoinkohteluun puuttumisen lapsen lähipiirille sekä eri viranomaisille. Terveystenhoitohenkilökunnan tulee viipymättä tehdä lastensuojeluilmoitus, jonka jälkeen lastensuojeluviranomaisilla on lain suoma oikeus tehdä rikosilmoitus poliisille. Lastensuojelulain mukaan ilmoitusvelvollisuus on salassapitosäännösten estämättä esimerkiksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluksessa tai luottamustoimessa olevilla henkilöillä tai vastaavissa tehtävissä toimeksiantosuhteessa tai itsenäisinä ammatinharjoittajina toimivilla henkilöillä sekä kaikilla terveydenhuollon ammattihenkilöillä. Heidän tulee viipymättä ilmoittaa sosiaaliviranomaisille, jos he ovat tehtävässään saaneet tietää lapsesta, jonka hoito- ja kehitysolosuhteet tai oma käyttäytyminen edellyttää lastensuojelutarpeen arviointia. Uudistettu lastensuojelulaki mahdollistaa myös ennakollisen lastensuojeluilmoituksen teon, jos on syytä epäillä, että syntyvä lapsi tarvitsee lastensuojelua välittömästi syntymän jälkeen. (Flinck & Paavilainen 2008, 289–290; Tolvanen & Vuento 2004, 210; L88/2010; Kaltoinkohdeltu lapsi -käsikirja 2008, 71.)

Suomalaisten suositusten mukaan fyysisen pahoinpitelyn tunnistamisen ja rikosepäilyn synnyttyä tutkimukset keskitetään suurempiin sairaaloihin ja perheneuvoloihin. Tutkimukset pitää aloittaa nopeasti, sillä lapsen mustelmat ja vammat paranevat yleensä nopeasti. Terveystenhoollon työntekijöiden salassapito- ja vaitiolovelvollisuus väistyy, kun on kyse rikoksesta, jonka enimmäisrangaistus on vähintään kuusi vuotta vankeutta. Tällainen on esimerkiksi lapsen törkeä pahoinpitely. (Paavilainen 2007, 418; Tolvanen & Vuento 2004, 210.)

Paavilaisen tutkimuksessa (1998, 6, 103–106) terveydenhoitajien toimintatapoja olivat aktiivinen ja rohkea toimintatapa sekä passiivinen ja odottava toimintatapa. Perheellä oli positiivisia kokemuksia lähinnä rohkeasti ja aktiivisesti toimivasta terveydenhoitajasta. Negatiivisia kokemuksia taas oli lähinnä odottavasti ja passiivisesti toimivan terveydenhoitajan kanssa. Perheen auttamisen kannalta ihanteellisessa tilanteessa työntekijä on aktiivinen tilanteissa, joissa lapsiin on kohdistunut väkivaltaa. Hän tekee yhteistyötä ja saattaa asian selvittelyn ja hoitamisen alkuun. Alipuuttumisessa, jossa lapseen kohdistuu väkivaltaa, mutta työntekijä

toimii passiivisesti, tilanne ja lapsen kärsimykset pitkittyvät. Lapsi saattaa myös menehtyä, koska asiaan ei puututa. Jos lapseen ei kohdistu väkivaltaa ja työntekijä on passiivinen, asia on kunnossa ”sattumalta”. Ylipuuttumisessa työntekijän aktiivisuus on liiallista ja lapseen ei ole kohdistunut väkivaltaa. Tämä voi vaurioittaa työntekijän ja perheen suhdetta. (Paavilainen & Pösö 2003, 82–83.)

Lastaan kaltoinkohtelevat perheet pitävät tärkeänä hyvää asiantuntijuutta, johon kuuluu asiallinen suhtautuminen, keskinäinen luottamus, asioista suoraan puhuminen sekä mahdollisiin ongelmiin puuttuminen. Väkivallasta tulee siis puhua. Työntekijän persoonaan liittyviä hyviä ominaisuuksia ovat positiivisuus, lämmin ja ymmärtävä suhtautuminen, keskusteleminen, suoraan kysyminen vaikeistakin asioista ja helposti lähestyttävyys. (Paavilainen & Pösö 2003, 84–85.)

Crisp ja Lister (2002, 656) ovat tutkineet hoitajien vastuuta lastensuojelussa perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia hoitajien käsityksiä ammatillisesta vastuustaan ja mahdollisuuksistaan kaltoinkohtelun ennaltaehkäisyssä. Tutkittavat olivat Skotlannin kansallisen terveydenhuollon sairaanhoitajia. Tutkimus toteutettiin haastatteluina. Tutkimuksessa havaittiin, että terveydenhuollon työntekijöillä on avainrooli erityisesti lasten kaltoinkohtelun tunnistamisessa ja havaitsemisessa.

Haastateltujen kesken oli erimielisyyttä hoitajien vastuualueesta lastensuojelussa, erityisesti koskien laajuutta, jolla hoitajien pitäisi aktiivisesti etsiä tunnistukseen lasten kaltoinkohtelua. Monet hoitajista eivät ymmärtäneet tunnistamisen ja havaitsemisen korostamista, vaan osa piti sitä muutoksena perinteiselle roolille perheiden tukijoina. Osa hoitajista oli sieltä mieltä, että lastensuojelutyön ja terveydenhuollon väliintulon kesken on jyrkkä ero. Selvää on, että lastensuojelussa tarvitaan muitakin hoitajia kuin kotisairaanhoitajat. Lisää tutkimusta tarvitaan siitä, miten muutkin hoitajat voivat osallistua lastensuojeluun sekä hoitajien yhteistyön kehittämisestä. (Crisp & Lister 2002, 656, 662.)

Erilaisten lomakkeiden käytön tarkoituksena neuvoloissa on helpottaa keskustelua ja asioiden puheeksi ottamista. Neuvoloiden käyttöön on tehty ”Lapsen syntymää seuraavaa vuorovaikutusta tukeva”- lomake, jossa kysytään ja havainnoidaan äi-

din ja vauvan vuorovaikutusta. Lomakkeessa ”Parisuhdeväkivallan seulonta äitiys- ja lastenneuvolassa” kysytään esimerkiksi kumppanin käyttäytymisestä väkivaltaisesti lapsia kohtaan. Huolen vyöhykkeistö on kehitetty varhaisen puuttumisen apuvälineeksi. Sen tarkoitus on auttaa arvioimaan omaa, lasta koskevaa huolta sekä moniammatillisen yhteistyön tarvetta. Tavoitteena on saada työntekijät keskustelemaan siitä, mitä on tehtävissä pienten huolten häivyttämiseksi, harmaan vyöhykkeen asioiden selvittämiseksi ja suurten huolten pienentämiseksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2004, 99–102, 306–309, 312.)

Tampereella ”Kädestä pitäen turvaa lapselle” -hankkeen työryhmä on tehnyt Kaltoinkohdeltu lapsi -käsikirjan käytännön työn avuksi työntekijöille, jotka kohtavat lapsia ja nuoria työssään. Oppaassa selitetään toimintamallit eri tahoille, miten tehdä lastensuojeluilmoitus, mihin ottaa yhteyttä, lapsen ja perheen tukeminen sekä kaltoinkohtelu ja lainsäädäntö (Tampereen kaupunki 2008).

5.3 Mikä estää kaltoinkohteluun puuttumista

Yksi tärkeimmistä kaltoinkohteluun puuttumisen esteistä on asian emotionaalinen kieltäminen. Kaltoinkohtelu voi ahdistaa aikuista niin paljon, että asia torjutaan ja ongelma kielletään. Tällöin asia koetaan helpommaksi vain sivuuttaa ja kuvitella, että mitään ei ole tapahtunut. Kaltoinkohtelusta tulisi kysyä vanhemmilta suoraan, mutta suoraan kysyminen ja asiaan puuttuminen koetaan vaikeaksi. (Paavilainen, Kanervisto, Flinck & Rautakorpi 2006, 26; Söderholm 2004, 12.)

Hoitohenkilökunta pelkää puuttumisen seurauksia ja vanhempien reaktioiden kohtaamista. Suomessa vallalla oleva yleinen käsitys, että toisten asioihin ei puututa, saattaa estää myös kaltoinkohteluun puuttumista. Terveystyöntekijöiden hoitohenkilökunta voi joissain tapauksissa kokea olevansa lapsen huolenpidosta eri mieltä kuin sosiaalitoimen työntekijät, mikä vaikeuttaa puuttumista. Yleinen ongelma voi olla myös ajatus ”joku muu puuttuu asiaan”. (Paavilainen ym. 2006, 26.)

Paavilaisen ym. (2006, 25–26) tutkimuksen mukaan tunnistamista vaikeuttavia tekijöitä olivat esimerkiksi hoitotyöntekijän haluttomuus uskoa näkemäänsä, pahuden kieltäminen, vanhempien syyllistämisen pelko, kokemattomuus ja ajan-

puute. Kaltoinkohteluun puuttumista estäviä tekijöitä olivat esimerkiksi asian ahdistavuus ja vanhempien reaktioiden kohtaaminen.

Joidenkin kaltoinkohtelun muotojen tunnistaminen on vaikeaa, jolloin asiaan puuttuminenkin viivästyy. Lastensuojelulain tunteminen voi olla heikkoa. Ilmoitusvelvollisuutta laiminlyödään ja pelätään vääriä ilmoituksia ja niiden seurauksia (Söderholm 2004, 12). Aikuisen sana painaa monesti enemmän kuin lapsen sana, jolloin lapsen etu ei ole ensisijainen. Neuvoloissa on käytössä perheväkivaltaan liittyvä lomake, mutta kysymysten pitäisi kohdistua enemmän myös lapsiin (Söderholm 2004, 12; Paavilainen 2007, 420–412).

Flinck, Merikanto ja Paavilainen (2007, 163–172) ovat tutkineet, miten yliopistolaisen sairaalan lapsia vastaanottava ja hoitava hoitohenkilökunta sekä lääkärit arvioivat kykyään tunnistaa lapsen fyysistä pahoinpitelyä ja puuttua siihen. Tutkimus toteutettiin kahdessa vaiheessa, vuosina 2000 ja 2003, joiden välissä sairaalassa otettiin käyttöön lasten kaltoinkohtelun tunnistamisen ja siihen puuttumisen toimintamalli. Tavoitteena oli tuottaa tietoa lasten pahoinpitelyn tunnistamisen ja hoitamisen kehittämiseksi. Tutkimuksen perusjoukkona oli yliopistollisen sairaalan hoitohenkilöstö, lääkärit sekä muu lapsia hoitava henkilökunta. Aineisto koottiin tutkimusta varten kehitetyllä kyselylomakkeella, joka oli tehty kirjallisuuden ja aikaisempien tutkimusten perusteella. (Flinck ym. 2007, 167.)

Vuonna 2003 pahoinpitelyn uskoi tunnistavansa 68 %, kun luku vuonna 2000 oli 63 %. Pahoinpitelyn tunnistamisen suhteen epävarmojen määrä oli vähentynyt 18 prosentista alle yhteen prosenttiin. Pahoinpitelyepäily heräsi yleensä vanhempien tai lapsen käyttäytymisestä, mustelmista, murtumista, sisäisistä vammoista ja useista tapaturmista. Vanhempi saattoi käyttäytyä ylisuojelevasti tai selitellä paljon. Lapsen kohdalla pahoinpitelyyn viittasivat lapsen pelokkuus ja turvattomuus. Tunnistamisen vaikeuteen vaikuttavina asioina pidettiin, että lasta ei tuoda hoitoon, asian kiusallisuus ja tuntemattomuus sekä kiire. Vuonna 2000 14 % vastaa-jista ilmoitti, etteivät välitä tunnistaa pahoinpitelyä. Vuonna 2003 luku oli pienentynyt 8 prosenttiin. Vuonna 2003 tunnistamista vaikeana pitävien määrä oli vähentynyt. Pahoinpitelyepäilyn herätessä tavallisimmin keskusteltiin asiasta työyhteisössä. Molempina vuosina asiaa kysyi suoraan vanhemmilta vain prosentti vas-

taajista. Vuonna 2003 melkein 44 % vastaajista ei tiennyt käyttöön otetusta toimintamallista. Alle 10 % henkilökunnasta oli käyttänyt toimintamallia. 80 % halusi lisäkoulutusta, eniten tunnistamiseen, oireisiin ja emotionaaliseen kaltoinkohteluun liittyen. (Flinck ym. 2007, 168–171.)

Tutkimustulosten mukaan työntekijät tarvitsevat lisää valmiuksia ottaa asia puheeksi vanhempien kanssa. Pelkkä toimintamallin käyttöönotto ei auta pahoinpitelyn tunnistamista ja puuttumista, vaan henkilökunta pitäisi perehdyttää toimintamallin käyttöön ja soveltamiseen. Koulutusta haluttiin lisää, mutta niihin osallistuminen oli kuitenkin vähäistä. (Flinck ym. 2007, 171.)

5.4 Moniammatillinen yhteistyö lasten kaltoinkohteluun puuttumisessa

Moniammatilliseen yhteistyöhön tarvitaan motivaatiota, tietoa ja yhteistyömenetelmiä. Tiimityötä edistää toisten työn tunteminen ja yhteisistä tavoitteista sopiminen. Kaikkien osapuolten tulisi tuntea asiaan liittyvä lainsäädäntö ja menettelytavat. Kaltoinkohtelua epäiltäessä hoitajan on hyvä keskustella asiasta omassa työyhteisössä ja mahdollisesti yhteistyössä työyhteisön ulkopuolella. Hoitajan epäily saa vahvistusta, jos lääkärikin epäilee kaltoinkohtelua. (Paavilainen ym. 2006, 26; Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 29.)

Lehtimäki (2008, 2) on tutkinut lasten parissa työskentelevien kokemuksia lasten kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja puuttumiseen liittyvästä moniammatillisesta yhteistyöstä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, jonka avulla voidaan kehittää lasten kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja siihen puuttumiseen liittyviä moniammatillisen yhteistyön käytäntöjä. Tutkimuksessa käytettiin valmista aineistoa.

Tutkimustulosten mukaan lasten kaltoinkohtelun tunnistamiseen ja puuttumiseen liittyvä moniammatillinen yhteistyö muodostuu yhteistyön käynnistymisestä, yhteistyön käytännön toteutuksesta sekä yhteistyöhön yhteydessä olevista tekijöistä. Yhteistyön käynnistyminen vaatii aina kaltoinkohtelun tunnistamisen. Lapseen ja hänen vanhempiinsa liittyvien tunnusmerkkien tunteminen helpottaa tulosten mukaan kaltoinkohtelun tunnistamista. Yhteistyön käytännön toteutus riippuu kaltoinkohtelun muodosta, mutta tiedonkulun merkitys yhteistyön käytännön toteu-

tuksessa korostuu. Tiedonantajien mukaan tietoa tulee välittää eteenpäin koko prosessin ajan. Eri yhteistyöryhmien katsotaan olevan tukena yhteistyössä. Pienryhmät koetaan tärkeäksi tukea antavaksi osaksi yhteistyötä. Yhteiset keskustelut mahdollistavat tärkeän tiedon vaihdon. Tuloksissa nousee esiin myös yhteistyötahtojen eriytyneet roolit kaltoinkohteluun puuttumisessa. Tutkimustulosten mukaan yhteistyöhön ovat yhteydessä työntekijän ominaisuudet, rakenteelliset tekijät ja toimintaan liittyvät tekijät, jotka vaikuttavat joko positiivisesti tai negatiivisesti yhteistyön muodostumiseen. (Lehtimäki 2008, 30, 42–43.)

Terveystenhoitaja on lastenneuvolan keskeisin toimija, mutta hänen lisäksi perhettä tapaa säännöllisesti lastenneuvolan lääkäri. Lääkäri vastaa yhdessä terveydenhoitajan kanssa lapsen terveyden ja kasvun seurannasta. Lastenneuvolan kanssa yhteistyössä toimii perhetyöntekijä, kun perheille tarvitaan erityistä tukea sekä pitkäkestoisia kotikäyntejä. Tarkoituksena on tukea vanhempia sekä lapsen hoitoa ja kasvatusta. Perhetyöntekijä arvioi perheen kokonaistilannetta ja auttaa perhettä tukiverkkojen kokoamisessa. Hän tekee tiivistä yhteistyötä lastenneuvolan ja lastensuojelun kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 33, 35.)

Lastenneuvolatyöryhmä on yhteistyöryhmä, jossa käsitellään lasten ja perheiden seurannan, tuen ja tutkimusten järjestämistä. Työryhmän keskeisimmät toimijat ovat terveydenhoitaja ja lastenneuvolan lääkäri. Ryhmään kuuluvat lisäksi esimerkiksi, psykologi, puheterapeutti, fysioterapeutti, päivähoidon työntekijä, lastensuojelun sosiaalityöntekijä ja toimintaterapeutti. Äitiys- ja lastenneuvola tekee jatkuvaa yhteistyötä koskien syntyviä lapsia ja heidän perheitään. Keskinäisen konsultoinnin tulee olla helppoa ja asiat tulee tuoda työryhmän käsittelyyn joustavasti ja nopeasti. Työryhmien järjestämisessä ja toimimisessa voi olla suuria alueellisia eroja, mutta myös harvaan asutuilla alueilla tulee olla mahdollisuus ainakin psykologin, puheterapeutin ja fysioterapeutin konsultointiin. Vanhemmilta tarvitaan lupa lapsen asioiden käsittelyyn työryhmässä. Jos lupaa ei ole annettu tai kysytty, perheen henkilöllisyys ei saa paljastua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 40–41.)

Fyysisen pahoinpitelyn tutkimukset keskitetään erikoissairaanhoidon. Tampereen yliopistosairaalaan on kehitetty lasten fyysisen pahoinpitelyn tunnistamisen ja

puuttumisen toimintamalli, joka perustuu moniammatillisen työryhmän toimintaan. Pahoinpitelyepäilyn herättyä työryhmä kutsutaan koolle. Työryhmään kuuluvat omahoitaja, lastenkirurgi, lastenlääkäri, lastenradiologi, sosiaalityöntekijä ja lastensuojelun työntekijä. Päivystysaikana paikalla pitää olla vähintään kolme ryhmän jäsentä; lastenkirurgian ja lastentautien asiantuntijat sekä omahoitaja. Jatkotutkimuksissa lapsi on aina osastohoidossa. Jatkohoidossa lastenneuvolalla on keskeinen rooli. (Flinck, Merikanto & Paavilainen 2007, 166.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä lastenneuvolan ja alakoulun terveydenhoitaja tekee, kun hänellä herää epäily lapsen fyysisestä kaltoinkohtelusta. Tutkimme, mitä puuttumisen keinoja on, mitä terveydenhoitajat niistä tietävät sekä mikä estää tai edistää puuttumista. Lisäksi tutkimme, onko Vaasassa käytössä toimintamalli lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisessa.

Tutkimuksen tavoitteena on herättää keskustelua aiheesta ja nostaa sitä esiin. Haluamme tuottaa terveydenhoitajille lisää tietoa puuttumisen keinoista sekä itselle tulevaan työhön osaamista ja asiantuntijuutta.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millä keinoin terveydenhoitaja puuttuu lasten fyysiseen kaltoinkohteluun?
2. Mikä estää lasten fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista?
3. Mikä edistää lasten fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista?
4. Onko Vaasan perusterveydenhuollossa toimintamalli lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisessa?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Tutkimus oli pääosin kvalitatiivinen eli laadullinen, mutta muutaman kysymyksen osalta kvantitatiivinen eli määrällinen. Tutkimuksen tulokset perustuvat Vaasan lastenneuvoloiden ja suomenkielisten alakoulujen terveydenhoitajien näkemyksiin lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisesta, puuttumisen keinoista ja menetelmistä, puuttumista vaikeuttavista ja helpottavista tekijöistä sekä puuttumisen toimintamallista. Lisäksi selvitettiin yhteistyön toimivuutta kaltoinkohteluun puuttuttaessa eri tahojen välillä sekä mahdollisia kehittämiskehdotuksia.

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on kuvata todellista elämää ja kohdetta pyritään tutkimaan kokonaisvaltaisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa kohdejoukko valitaan tyypillisesti tarkoituksenmukaisesti ja tutkimussuunnitelma muovautuu tutkimuksen edetessä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157, 160.) Tutkimus toteutettiin kvalitatiivisena, koska tutkittiin terveydenhoitajien toimintaa puuttumistilanteissa ja heidän näkemyksiään puuttumista edistävästä ja estävästä tekijöistä. Tutkimuksen toteuttaminen pelkästään kvantitatiivisena ei ollut mahdollista.

7.2 Mittarin kuvaus ja aineiston keruu

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta (LIITE 2), joka koostui pääosin avoimista kysymyksistä. Kyselylomake laadittiin tutkimusongelmien ja teorian keskeisten asioiden pohjalta. Kyselylomake laadittiin vain suomenkielisenä. Kyselylomake esitestattiin kolmella henkilöllä, joista kaksi oli terveydenhoitajia ja yksi sairaanhoitaja. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen ei tarvinnut tehdä muutoksia. Myös opinnäytetyön ohjaaja tarkisti kyselylomakkeen. Ylihoitaja Anne Pohjola myönsi tutkimusluvan helmikuussa 2011.

Kyselylomakkeen mukana toimitettiin saatekirje (LIITE 1), jossa kuvattiin tutkimuksen tarkoitusta ja tavoitteita. Saatekirjeessä kuvattiin tutkimusmenetelmä ja toteutustapa. Vastaajille kerrottiin vastaamisen vapaaehtoisuudesta, anonyyminä eli nimettömänä vastaamisesta, luottamuksellisuudesta sekä vastauslomakkeiden asianmukaisesta hävittämisestä. Saatekirjeessä mainittiin myös työn arvioitu valmistumisaika ja kerrottiin tutkijoiden yhteystiedot mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Saatekirjeen lopuksi kerrottiin, mihin mennessä vastaukset tulisi palauttaa postitse mukaan liitetyissä kirjekuorissa, joiden postimaksu oli maksettu valmiiksi.

Postikyselyssä kyselylomake lähetetään tutkittaville heidän täytettäväkseen ja he lähettävät lomakkeen takaisin tutkijalle postitse. Lomakkeen mukana annetaan palautuskuori, jonka postimaksu on maksettu. Tämä tulee mainita saatekirjeessä. Postikyselyn etuina ovat nopeus ja aineiston vaivaton saanti. Suurimpana ongelmana postikyselyssä on kato, jonka suuruus riippuu vastaajajoukosta ja tutkimuksen aiheesta. Useimmiten tutkija joutuu muistuttamaan tutkittavia vastaamisesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 191.)

Heti tutkimusluvan saamisen jälkeen kyselylomakkeet saatekirjeineen ja kuoriineen toimitettiin henkilökohtaisesti Vaasan terveysasemien (Kirkkopuistikko, Hietalahti, Palosaari, Huutoniemi, Ristinummi ja Gerby) osastonhoitajille, jotka toimittivat ne edelleen terveydenhoitajille. Vastausaikaa annettiin noin 10 päivää. Viimeisen palautuspäivän jälkeen vastausprosentti oli 50 %, joten terveydenhoitajat saivat vielä muistutuksen vastaamisesta sähköpostiinsa. Tämän jälkeen vastauksia saatiin lisää, vastausprosentiksi muodostui lopulta 73 %. Postikysely oli paras tapa toteuttaa kysely, vaikka siitä aiheutuikin tutkijoille kuluja. Terveydenhoitajille annettiin mahdollisuus vastata kyselyyn heille sopivana aikana mahdollisimman vaivattomasti.

Kyselylomakkeessa oli avoimia kysymyksiä 16 ja strukturoituja kysymyksiä viisi. Avoimissa kysymyksissä esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjä tila vastaamista varten. Avoimet kysymykset antavat vastaajalle mahdollisuuden ilmaista todellisen mielipiteensä omin sanoin ja osoittaa tietämyksensä aiheesta. Strukturoiduissa monivalintakysymyksissä on valmiit vastausvaihtoehdot ja vastaaja merkitsee

rastilla oikean vastausvaihtoehdon ohjeen mukaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 193–194, 196.) Suurin osa kyselylomakkeen strukturoiduista kysymyksistä oli kyllä-ei -vaihtoehtoisia kysymyksiä. Kyselylomakkeen alussa mainittiin, että vastauksia voi tarvittaessa jatkaa paperin kääntöpuolelle.

Kyselylomakkeen kolme ensimmäistä kysymystä käsittelivät vastaajien taustatietoja: työkokemusta terveydenhoitajana, nykyistä työpaikkaa sekä kauanko on työskennellyt nykyisessä työpaikassaan. Avoimella kysymyksellä kysyttiin, mikä terveydenhoitajien mielestä on lapsen fyysistä kaltoinkohtelua. Strukturoiduilla monivalintakysymyksillä kysyttiin, kuinka usein on herännyt epäily lapsen fyysisestä kaltoinkohtelusta; vastausvaihtoehtoina oli usein, joskus, harvoin ja ei koskaan. Strukturoidulla kysymyksellä kysyttiin, onko terveydenhoitaja kohdannut fyysisesti kaltoinkohdeltuja lapsia ja onko hän puuttunut siihen. Jos terveydenhoitaja oli puuttunut lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun, kysyttiin avoimella kysymyksellä, miten hän oli siihen puuttunut. Jos terveydenhoitaja ei ollut puuttunut lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun, kysyttiin mikä oli estänyt häntä puuttumasta siihen.

Avoimilla kysymyksillä selvitettiin, millaisia puuttumisen keinoja ja menetelmiä on käytettävissä, mitkä asiat vaikeuttavat ja helpottavat puuttumista, mikä puuttumistilanteissa on tärkeää, millaisissa perheissä on suurentunut riski lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun ja millä tavalla näitä perheitä huomioidaan asiakaskäynneillä. Strukturoidulla kysymyksellä kysyttiin, onko työpaikalla käytössä jokin toimintamalli puuttumisessa ja kysyttiin avoimella kysymyksellä toimintamallin sisällöstä. Lisäksi avoimilla kysymyksillä kysyttiin, mitä yhteistyötahoja puuttumistilanteissa on ja miten yhteistyö näiden kanssa toimii, kasvatus- ja kurittamiskäytäntöjen puheeksi ottamisesta ja miten puuttumista voitaisiin kehittää.

7.3 Tutkimuksen kohderyhmä

Otoksen valinnassa käytettiin tarkoituksenmukaista otantaa, joka tarkoittaa, että tutkija valitsee osallistujat tietoisesti. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa otos on yleensä pienempi kuin kvantitatiivisessa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskeis-

tä ovat kokemukset, tapahtumat ja yksittäiset tapaukset eikä tutkittavien yksilöiden lukumäärä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83, 85.)

Tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin Vaasan lastenneuvoloiden ja suomenkielisten alakoulujen terveydenhoitajat. Kokonaisotannaksi tuli 22 (N=22), joka riittää kvalitatiivisessa tutkimuksessa. Tutkimus haluttiin toteuttaa Vaasassa, joten kohderyhmä valittiin sen mukaan. Lastenneuvoloiden terveydenhoitajien lisäksi mukaan otettiin suomenkielisten alakoulujen terveydenhoitajat, jotta otanta saatiin riittävän suureksi.

7.4 Tutkimusaineiston analysointi

Tutkimusaineiston avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä, joka on tyypillinen tapa analysoida kvalitatiivista aineistoa. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan kerätyn aineiston tiivistämistä niin, että voidaan lyhyesti ja yleistettävästi kuvailla tutkittavia ilmiöitä ja saada tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeinä esiin. Tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Analyysissä voidaan yhdistää synonyymeja ja samaa tarkoittavia sisältöjä. Sisällönanalyysissä tuotetaan yksinkertaistettua aineiston kuvausta. Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Induktiivista päättelyä ohjaa tutkimusongelmat. Tämän tutkimuksen sisällönanalyysissä käytettiin induktiivista sisällönanalyysiä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131, 134–135; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 23.)

Tutkimusaineiston strukturoidut monivalintakysymykset analysoitiin numeerisesti käsin. Niiden lukumäärä oli niin pieni, että erillistä analysointiohjelmaa niille ei tarvittu. Tulokset raportoitiin lukumäärinä ja prosentteina. Kaikki tutkimustulokset kirjoitettiin erillisille papereille, jotta tuloksia voitiin käydä läpi ja verrata keskenään.

8 TUTKIMUSTULOKSET

8.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeita lähetettiin terveydenhoitajille 22 kappaletta ja niitä palautettiin yhteensä 16 kappaletta. Vastausprosentiksi muodostui siis 73. Vastaajista seitsemän työskenteli lastenneuvolassa, kuusi kouluterveydenhuollossa ja kolme sekä lastenneuvolassa että kouluterveydenhuollossa. Vastaajien työkokemus terveydenhoitajana vaihteli yhdestä vuodesta kolmeen kymmeneen vuoteen. Vastaajista yhdeksän oli toiminut terveydenhoitajana 10 vuotta tai yli. Vastaajien työkokemus nykyisessä työpaikassa vaihteli kahdeksasta kuukaudesta 25 vuoteen.

8.2 Fyysisen kaltoinkohtelun määrittely, fyysisesti kaltoinkohdeltujen lasten kohtaaminen ja siihen puuttuminen

Neljännessä kysymyksessä vastaajia pyydettiin määrittelemään mitä on lapsen fyysinen kaltoinkohtelu. Kaltoinkohtelua on hoitotyön suosituksen mukaan (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008) neljää eri lajia, jotka ovat fyysinen kaltoinkohtelu, psyykinen pahoinpitely, seksuaalinen hyväksikäyttö ja lapsen laiminlyönti. Fyysisen kaltoinkohtelun alle luokitellaan Munchausenin syndrooma, kemiallinen väkivalta ja vauvan ravistelu. Yhteensä 12 vastaajaa eli 75 % määritteli lyömisen olevan fyysistä kaltoinkohtelua. Tukistamisen määritteli fyysiseksi kaltoinkohteluksi yhdeksän vastaajaa. Tönimisen luokitteli fyysiseksi kaltoinkohteluksi kolme vastaajaa, kuten myös potkimisen. Kuusi vastaajaa määritteli ravistelun olevan fyysistä kaltoinkohtelua. Kaksi vastaajaa mainitsi vastauksessaan piiskaamisen ja kaksi retuuttamisen. Lisäksi yksittäisissä vastauksissa mainittiin nipistely ja kova kourainen käsittely.

Yhdeksän vastaajaa (56 %) määritteli fyysiseksi kaltoinkohteluksi laiminlyönniksi luokiteltavaa kaltoinkohtelua, kuten puhtauden, ravitsemuksen, vaatetuksen ja suojan puutteellisuutta eli fyysisten perustarpeiden laiminlyöntiä. Yleisesti fyysinen kaltoinkohtelu määritettiin viidessä vastauksessa kivun aiheuttamiseksi, neljässä fyysiseksi väkivallaksi ja neljässä fyysiseksi kurittamiseksi. Kahdessa vastauksessa fyysinen kaltoinkohtelu määritettiin lapsen vahingoittamisena, joista toi-

sessä vastauksessa määritettiin tämän seuraukset kuten mustelmat. Fyysinen kaltoinkohtelu määritettiin yhden vastaajan mukaan toimintana, joka loukkaa lapsen fyysistä koskemattomuutta. Yhdessä vastauksessa fyysisen kaltoinkohtelun alle luokiteltiin myös väkivallan uhka.

Kolmessa vastauksessa oli huomioitu kemiallinen väkivalta, joka hoitotyön suosituksessa luokitellaan fyysiseen kaltoinkohteluun. Esimerkkejä kemiallisesta väkivallasta olivat lääkehoidon laiminlyönti, väärin lääkkeiden anto, ei noudateta lapsen tarvitsemaa ruokavaliota sekä rauhoittavien lääkkeiden ja päihteiden antaminen. Yhdessä vastauksessa oli huomioitu, että kyseessä ei ole psyykkinen kaltoinkohtelu, vaikka fyysinen kaltoinkohtelu aiheuttaa myös psyykkistä kaltoinkohtelua.

”Kaikki mikä loukkaa lapsen fyysistä koskemattomuutta...”

”Toimintaa jonka seurauksena lapselle aiheutuu kipua sekä tilapäisiä/pysyviä fyysisen toiminnan vaikeuksia (mustelmat, vauvan ravistelu, murtumat jne.).”

”Kaikki sellainen mikä tekee lapselle kipeää, kurittaminen/väkivalta...”

Vastaajilta selvitettiin, miten usein heillä herää epäily lapsen fyysisestä kaltoinkohtelusta. Vastausvaihtoehdot olivat usein, joskus, harvoin ja ei koskaan. Kahdeksalla vastaajalla epäily oli herännyt joskus ja kahdeksalla harvoin. Seuraavassa kysymyksessä selvitettiin, oliko vastaaja kohdannut työssään fyysisesti kaltoinkohdeltuja lapsia. Yksitoista vastaajaa (69 %) kertoi kohdanneensa ja viisi (31 %) ei ollut kohdannut fyysisesti kaltoinkohdeltuja lapsia. Kaksitoista vastaajaa (75 %) oli puuttunut ja neljä (25 %) ei ollut puuttunut lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun.

Terveydenhoitajilta kysyttiin miten he olivat puuttuneet lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun. Terveydenhoitajista kymmenen (63 %) oli puuttunut fyysiseen kaltoinkohteluun keskustelemalla asiasta vanhempien kanssa. Lapsen kanssa asiasta oli keskustellut neljä vastaajaa. Kahdeksan vastaajaa (50 %) ilmoitti tehneensä

lastensuojeluilmoituksen ja neljä ilmoitti ottaneensa yhteyttä lastensuojeluun. Lääkärin kanssa oli tehnyt yhteistyötä kolme vastaajaa. Kaksi vastaajaa oli huomionnut vanhempien hyvinvoinnin ja tuen järjestämisen perheelle. Yksi vastaaja mainitsi vanhemman ja lapsen kanssa keskustelun sekä lastensuojeluilmoituksen teon jälkeen kirjanneensa asian asianmukaisesti lapsen neuvolatietoihin.

”Kerroin lapselle että kaikenlainen fyysinen kurittaminen on väärin.”

”Kysyttäessä äiti kertoi ravistelleen vauvaansa, aika nla lääkärille → lähete eteenpäin → lastensuojeluilmoitus”

”Ottamalla asian suoraan puheeksi ja yleensä myös tekemällä lastensuojelu ilmoituksen. Joskus voi riittää, että asiaan puututaan puhumalla ja perhettä tukemalla. Tällöin ei tietenkään ole katsottu ls-ilmoitusta tarpeelliseksi.”

”Vastaanotolla keskustelua esim. kasvatustilanteista ja miten niistä on selvitty. Yhteys lastensuojeluun tarvittaessa. Vanhempien hyvinvointi ja apua siihen (esim. mielenterveysongelmat)...”

Neljä vastaajaa, jotka eivät olleet puuttuneet lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun, kertoivat syyksi, että eivät olleet kohdanneet fyysistä kaltoinkohtelua, lapsesta oli jo tehty lastensuojeluilmoitus tai näyttöä ei ole ollut riittävästi.

8.3 Puuttumisen keinot ja toimintamalli

Terveystenhoitajilta kysyttiin millaisia puuttumisen keinoja ja menetelmiä heillä on käytettävissä fyysiseen kaltoinkohteluun puututtaessa. Vastaajista kymmenen (63 %) mainitsi keskustelun tai avoimen informoinnin vanhemmille keinoksi puuttua. Vastaajat olivat keskustelleet vanhempien kanssa esimerkiksi kasvatus- ja kurinpitokäytännöistä. Lastensuojeluilmoitus oli puuttumisen keinona kuudella vastaajalla ja seitsemän vastaajaa mainitsi yhteyden lastensuojeluun. Kaksi vastaajaa oli tehnyt yhteistyötä lääkärin kanssa ja yksi vastaaja oli lähettänyt lapsen jatkotutkimuksiin lääkärin kautta. Yhteistyötä oli tarvittaessa tehty myös poliisin, kuraattorin ja päiväkodin kanssa.

Kolme vastaajaa ilmoitti puuttumisen keinoksi tukitoimien järjestämisen perheelle. Kaksi vastaajaa mainitsi havainnoinnin tai seurannan puuttumisen keinona. Yksi vastaaja mainitsi perheen sosiaalisen tukiverkoston kartoittamisen. Eräs puuttumisen keino oli myös tehdä neuvolatarkastukset ajan kanssa, jotta lapsen fyysisen ja psyykkisen voinnin voi tutkia kunnolla. Yhdestä vastauksesta kävi ilmi lapselle puhuminen siitä, mikä on oikein ja väärin, koska joskus lapset eivät tiedä mitä saa tapahtua. Yhdessä vastauksessa ilmoitettiin tärkeäksi puuttumisen keinoksi riskitekijöiden tunnistaminen koskien lasta ja vanhempia. Myös perheväkivaltaseulaa sekä ravistellun vauvan hoitoketjua käytettiin apuna. Yksi vastaaja kertoi jakavansa ”Käsiteltävä varoen”-esitteen kotikäynnillä ja keskustelewansa vauvan ravistelun riskeistä. Yksi vastaaja mainitsi kyselyiden ja valmiiden kaa-
vakkeiden puuttumisen. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

”Keskustelu vanhempien kanssa heidän kasvattamis- ja kurinpitaoasenteista ja käytännöistä. Miten he toimivat kun esim. uhmaikäinen tinttailee.”

”Jo kotikäynnillä annetaan ”Käsiteltävä varoen” esite ja jutellaan vauvan ravistelun riskeistä.”

”Maahanmuuttajilla eri kulttuuri, jossa kuritus sallitaan kasvatuksessa. Tästä keskusteltava avoimesti, että se on meillä Suomessa laitonta.”

”Vi blir uppmanade att kontakta soc. byrån redan vid misstanke om fysisk misshandel. Tyvärr dröjer soc. byrån alldeles för länge med att göra något för att skydda barnet så i mitt senaste fall skickades barnet till VCS, skadat.”

”Suora keskustelu ja suorat kysymykset”

”Avoin keskustelu asiasta”

Vastaajilta kysyttiin, mikä puuttumistilanteissa on tärkeää. Vastauksissa mainittiin avun ja tuen saanti perheelle ja myös vanhempien kuunteleminen (n=5). Tärkeänä

pidettiin myös suoraa ja avointa puhetta vanhemmille, että ei toimita heidän selän takanaan ja kerrotaan miksi puututaan (n=3). Lapsen turvallisuudesta ja hyvinvoinnista huolehtimista pidettiin myös tärkeänä (n=3). Kaksi vastaajaa mainitsi kunnioituksen vanhempia kohtaan, että ei tuomita tai syyllistetä. Puuttumistilanteessa pidettiin tärkeänä rauhallista ja asiallista käyttäytymistä (n=2). Muita tärkeitä asioita puuttumistilanteessa olivat johdonmukaisuus, nopea avun saanti, ilmoittaminen, lapsen luottamus terveydenhoitaja-aikuiseen ja lapsen huomioiminen niin, että asiasta ei keskustella lapsen läsnä ollessa. Myös hienotunteisuutta pidettiin tärkeänä. Yksi vastaaja oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

”Tärkeää on se, että puututaan.”

”Että lapsi ymmärtää että ei ole tehnyt väärin vaan aikuinen on tehnyt väärin.”

”Lapsen turvallisuuden säilyttäminen, ettei vanhempi ”kosta” lapselle väkivallalla sitä että fyys. kaltoinkohtelu on tullut ilmi.”

”Etei syyllistä vanhempia. Että annetaan heille se tuki ja apu mitä he tarvitsevat.”

”Uppträda lungt och försöka få föräldrar att förstå att vi agerar utifrån vår oro för barnet och önskar stöd till föräldrarna.”

Vastaajilta kysyttiin, otetaanko perheen kasvatus- ja kurittamiskäytäntöjä puheeksi vastaanotolla vanhempien kanssa ja miten niistä keskustellaan. Kahdeksan vastaajaa (50 %) kertoi ottavansa kasvatus- ja kurittamiskäytännöt puheeksi joka käynnillä tai usein. Kuusi vastaajaa kertoi ottavansa asian puheeksi tarvittaessa ja kaksi vastaajaa harvoin. Yhdeksän vastaajaa (56 %) kertoi keskustelewansa erityisesti uhmaikäisten ikään kuuluvista rajojen asettamisesta, tahtokohtausten kulusta ja niistä selviämisestä. Myös siitä keskusteltiin, mitä tehdä, kun vanhemman oma pinna alkaa loppua. Vanhempien kanssa keskusteltiin myönteisen palautteen antamisen tärkeydestä ja turvallisten rajojen asettamisesta.

Vastaajista kolme oli ottanut kurittamisen puheeksi erityisesti maahanmuuttajien kanssa, koska heillä on eri kulttuuri ja käsitys kurittamisesta. Kaksi vastaajaa oli ottanut puheeksi Suomen lain, joka kieltää fyysisen kurittamisen. Yksi vastaaja oli kysynyt vanhemmilta, miten he reagoivat, kun lapsi käyttäytyy ei-toivotulla tavalla ja millaisen kasvatuksen he ovat itse saaneet. Eräs vastaaja mainitsi yhtenäisen mallin puuttumisen puheeksi ottamisessa. Yksi vastaaja ei ottanut asiaa varsinaisesti puheeksi, mutta perheväkivalta tai sen uhka tuli ilmi kyselykaavakkeissa. Yksi vastaaja mainitsi ”Käsiteltävä varoen”-esitteen jakamisen.

”Så gott som vid varje besök diskuterar uppföstring och gränssättning. Spec. från ca.2 års ålder diskuterar trots, egen vilja och uppmaningar ges till föräldrar att våga vara föräldrar men också var gränser går.”

”Kasvatusasioista keskustellaan avoimesti. Annetaan uusia toim. malleja ja mahd. ohjataan eteenpäin esim. perhenlaan.”

”Keskustellaan useinkin tahtokohtausten kulusta ja miten on selvitty. Pyritään korostamaan myönteisen palautteen antamisen tärkeyttä ja turvallisia rajoja.”

Vastaajilta kysyttiin, onko työpaikalla käytössä toimintamalli lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumiseen ja mitä se pitää sisällään. Yhdeksän vastaajaa (56 %) mainitsi toimintamallin olevan olemassa ja seitsemän (44 %) mainitsi, että toimintamallia ei ole. Vastaajista kolme esitti toimintamalliin kuuluvan yhteistyön lääkärin kanssa tai lääkärin tutkimuksiin ohjaamisen. Toimintamallin mainittiin sisältävän myös perheneuvolassa käynnin, mahdolliset yhteistyötahot, kontaktin sosiaalipuolelle ja lastensuojeluilmoituksen.

Eräs vastaaja mainitsi toimintamallin sisältävän ”Vaasan mallin” ja eräs toinen vastaaja ei ollut varma toimintamallin olemassa olost, ainakaan hän ei ollut nähnyt sellaista. Toimintamallin kerrottiin myös sisältävän pake-lomakkeen, joka sisältää tapahtumakuvauksen, hoitoyksikön merkinnät, kehonkartan sekä informaatiota auttajatahoista. Myös keskustelu, kirjaaminen, vastuun jakaminen ja ti-

lanteen seuraaminen mainittiin toimintamallin sisällöiksi. Yksi vastaaja kertoi toimintamallin olevan olemassa, mutta ei ollut kuvannut sen sisältöä.

”Vid misstanke om fysisk misshandel, t.ex blåmärken, sår → läkarundersökning.”

”Iblan direkt till VCS beroende på skada”

”Keskustelu, kirjaaminen, vastuun jakaminen, lastensuojeluilmoitus, tilanteen seuraaminen”

8.4 Puuttumista vaikeuttavia ja helpottavia tekijöitä

Vastaajilta selvitettiin, mitkä asiat vaikeuttavat lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista. Suurimpana vaikeuttavana tekijänä pidettiin epävarmuutta ja riittävän näytön puuttumista (n=6). Merkittävinä vaikeuttavina tekijöinä koettiin myös välien rikkoutuminen vanhempiin (n=4) sekä vanhempien kiukun ja aggressiivisuuden pelkääminen (n=3). Myös asiakassuhteen päättymistä pelättiin, ettei neuvolaan enää tulla (n=3). Yksi vaikeuttava tekijä oli, että lapsia ei tuoda neuvolaan silloin, kun väkivallan jäljet näkyvät (n=2).

Muita puuttumista vaikeuttavia tekijöitä olivat puheeksi ottamisen vaikeus, vanhemmat tai lapsi kieltää asian, lapsen ikä ja toteamisen vaikeus, asiakastapaamiset lyhyitä ja harvoin sekä tilanteen selvittelyn vaikeus. Yhdessä vastauksessa mainittiin, että esimerkiksi maahanmuuttajalapset voivat pitää kaltoinkohtelua oikeutettuna. Yksi vastaaja oli vastannut, että mikään ei vaikeuta puuttumista ja eräs toinen vastaaja mainitsi, että puuttuminen ei ole vaikeaa. Yksi vastaaja ei ollut vastannut mitään.

”Aina tulee puuttua ja toimia!”

”Lapsen ikä esim. vauvojen ravistelu vaikea todeta, tässä tärkeä vanhempien haastattelu, sanojen valinta, luottamuksen saaminen. Loppujen lopuksi tarvitaan rohkeutta puuttua ja ymmärrystä että se kuuluu tähän työhön.”

”Uppgivenhet, det händer ju knappast något fast soc. byrån får våra anmälningar.”

”Jos kyseessä koululainen → ilmoitetaanko asiasta kotiin ja miten ja kuka ilmoittaa, jos on oletettavaa, että lapsi saa kokea lisää väkivaltaa. Sellaisen pelon ollessa kyseessä → yhteys sos. lastensuojeluun/tarv. poliisiin”

”...lapsi puolustaa vanhempiaan viimeiseen asti, eikä kerro väkivaltaista.”

Vastaajilta selvitettiin myös, mitkä asiat helpottavat lapsen fyysiseen kaltoinkohdeltuun puuttumista. Vastaajista viisi piti moniammatillista yhteistyötä, esimerkiksi lääkärin, kuraattorin ja sosiaalitoimen kanssa sekä työkavereiden tukea, tärkeänä puuttumista helpottavana tekijänä. Helpottavia tekijöitä olivat myös, että lapsi itse kertoo asiasta (n=3) sekä vanhemmat tai toinen vanhemmista kertoo ja haluaa apua (n=2). Näkyvät merkit (n=2) helpottivat myös puuttumista. Terveystietäjän kokemusta ja ammattitaitoa (n=2) sekä toimivaa asiakassuhdetta (n=2) pidettiin helpottavina tekijöinä. Muita helpottavia tekijöitä olivat tieto siitä, että asia kuuluu työtehtäviin ja on lapsen eduksi, väkivalta on laissa kielletty ja väärin lasta kohtaan, varmuus asiasta, toimintamalli, seurat sekä viestiä kaltoinkohtelusta tulee useammalta taholta. Yksi vastaaja ei ollut vastannut mitään.

”Kun tietää että se on laissa määrätty ja on minun tehtäväni, tämä on joskus helpottanut kun on vanh. kertonut, että tämä on asia mikä minun kuuluu tehdä.”

”Jos ennestään on avoin ja hyvä suhde perheeseen”

”Ajatella toimivansa lapsen parhaaksi”

”Teot ovat rikos. Väärin lasta kohtaan. Väkivalta on rikos”

”Moniammatillinen tiimi koulutyössä. ”Taakka ei kaadu yhden ihmisen niskaan” Koulukuraattori tässä usein tärkeä työpari.”

”Th:n hyvä työkokemus ja ammattitaito ja hyvä tukiverkosto”

8.5 Lapsen fyysisen kaltoinkohtelun suurentuneen riskin huomioiminen

Terveystenhoitajilta kysyttiin, millaisia ovat perheet, joissa on suurentunut riski lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun. Suurin osa vastaajista (n=14, 88 %) piti päihteidenkäyttöä riskitekijänä fyysiselle kaltoinkohtelulle. Muita tärkeitä riskitekijöitä olivat vanhemman lapsena kokema kaltoinkohtelu (n=6), kriisit perheessä, kuten avioero ja parisuhdeongelmat (n=5), mielenterveysongelmat (n=5) sekä kulttuurierot (n=5), kuten maahanmuuttajilla ja romaneilla. Myös työttömyyttä (n=5) ja taloudellisia ongelmia (n=4) pidettiin riskitekijöinä.

Muita mainittuja riskitekijöitä lapsen fyysiselle kaltoinkohtelulle olivat sosiaalinen syrjäytyneisyys tai huono sosiaalinen tilanne, teiniraskaudet, sairaudet, tukiverkoston puuttuminen, väsymys, yksinhuoltajuus, alhainen koulutustaso ja vuorovaikutuksen puute. Lisäksi riskitekijänä pidettiin ”vaativia” vauvoja, kuten ko-liikkivauvoja ja uhmaikäisiä lapsia sekä kiireisiä uravanhempia. Kahdessa vastauksessa kuitenkin mainittiin, että myös näennäisesti ”hyvissä” perheissä voi olla kaltoinkohtelua ja kahdessa vastauksessa mainittiin, että riskit ovat kuitenkin melko tasavertaisia.

”Vanhemmat jotka ovat kokeneet omassa lapsuudessa perheväkivaltaa! Päihteiden käyttö. Alhainen koulutustaso-tietämättömyys. Maahanmuuttajat-heidän kulttuurit”

”Mutta missä tahansa näennäisesti ”hyvässä” perheessä voi olla pahoinpitelyä”

”Vanhempien oma tausta, päihteiden käyttö, työttömyys, kriisi, vuorovaikutuksen puute, syrjäytyneisyys esim. Ei sulje pois, etteikö ”hyvissä perheissä” tapahtuisi fyysistä kaltoinkohtelua.”

Terveystenhoitajilta tiedusteltiin miten he huomioivat näitä suurentuneiden riskitekijöiden perheitä asiakaskäynneillä. Viisi vastaajaa mainitsi ylimääräiset käynnit tarvittaessa ja viisi mainitsi käyntien pidemmän keston ja laaja-alaisen tarkastuk-

sen. Terveystenhoitajat myös keskustelivat avoimesti ja kysyivät jaksamisesta suoraan vanhemmilta (n=4). Vanhempien tukemisen ja tukitoimien järjestämisen mainitsi viisi vastaajaa. Yhteistyö muiden tahojen kanssa, kuten lääkärin ja sosiaalitoimen, mainittiin neljässä vastauksessa. Yhdessä vastauksessa mainittiin, että yhteistyöpalavereita pidetään tarvittaessa jo ennen lapsen syntymää.

Muita riskitekijöiden huomioimiskeinoja olivat vuorovaikutuksen ja lapsen sekä vanhempien käyttäytymisen havainnointi, kotikäynnit, perhetaustojen laajempi selvittely ja mittaustilanteissa ihon tarkistaminen ja esimerkiksi punnittaessa vaatteiden riisuminen. Vastauksissa mainittiin kuitenkin, että kaikki lapset tulisi huomioida samalla tavalla. Yhdessä vastauksessa mainittiin myös ”päihdeperheiden” olevan yleensä hyvässä seurannassa, uraiahmisten kanssa keskustelun ja ohjaamisen avun piiriin sekä psyykkisten sairauksien kohdalla lasten päivähoitoasioista huolehtimisen. Mainittiin myös, että terveydenhoitajan pitää olla turvapaikka, johon lapsi voi luottaa. Yksi vastaaja kertoi huomioivansa ulkomaalaiset niin, että kertoo Suomen lain kieltävän ruumiillisen kurituksen.

”Enemmän aikaa, pyritään tukemaan vanhemmuutta ja tarvittaessa järjestetään ennaltaehkäisevää apua mahd. ajoissa (kotiapu, MLL, KIIKKU-hoitaja, VKS-pikkulapsipsykiatria ym).”

”...Tietysti, jos esim. opettajalta olen kuullut, että on herännyt epäily väkivallasta olen herkempi ja saatan lapsen ollessa yksin vo:lla saada hänet kertomaan asiasta. Tämäkin on haastavaa. Kuinka suoria kysymyksiä voin esittää!?”

”Huomioidaan lapsen ja vanhempien välistä vuorovaikutusta. Kysellään vanhempien jaksamista, avuntarvetta ja avunsaantia esim. iso-vanhemmilta.”

”Asioista puhutaan avoimesti, vanhempia pyritään tukemaan ja kannustetaan vanhemmuuteen annetaan pos. palautetta, ohjataan eri vertaistukiryhmiin äiti-lapsi/MLL, yhteys tarv. sos. puoleen lapsiperhe-

työhön ja yleisesti tukitoimien järjestäminen ja tarv. tiennetyt neuvolakäynnit, tiivis yhteistyö sos. puoli/lääk/neuvola psykologi esim.”

8.6 Terveystenhoitajien yhteistyötahot ja yhteistyön toimivuus

Terveystenhoitajilta kysyttiin, mitä yhteistyötahoja heillä on lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puututtaessa sekä miten yhteistyö heidän mielestään toimii eri tahojen kanssa. Eniten yhteistyötä oli tehty lääkärin kanssa eli 75 % vastaajista (n=12) mainitsi lääkärin yhteistyötahokseen. Toiseksi eniten yhteistyötä oli tehty sosiaali-toimen kanssa (n=11, 69 %). Lastensuojelun kanssa oli toiminut yhteistyössä lähes puolet vastaajista (n=7). Lisäksi muita yhteistyötahoja oli mainittu useita. Perheneuvola (n=4), Vaasan keskussairaala (esimerkiksi lasten psykiatrin poliklinikka) (n=4) sekä koulukuraattori (n=4) oli ollut mukana yhteistyössä. Lisäksi terveystenhoitajien yhteistyötahoiksi oli mainittu psykologi (n=3) ja päivähoito (n=3). Yhteistyötahoina olivat toimineet myös kollegat (n=2), Ensi- ja turvakoti (n= 2), kotipalvelu (n=2) sekä poliisi (n=2). Lisäksi lastenneuvola, opettaja, lastentarhanopettaja sekä koulun oppilashuoltoryhmä mainittiin yksittäisissä vastauksissa.

Terveystenhoitajien mielestä yhteistyö edellä mainittujen tahojen kanssa oli toiminut vaihtelevasti. Puolet vastaajista (n=8) oli sitä mieltä, että yhteistyössä sosiaali-toimen kanssa oli ongelmia eivätkä he saaneet tietoa jatkohoidosta ja asian etenemisestä. Vastaajista kolme oli sitä mieltä, että yhteistyö muiden tahojen kanssa oli toiminut hyvin. Yksi vastaaja kertoi, että yhteistyö toimii erittäin hyvin koulukuraattorin ja lääkärin kanssa. Eräs vastaaja oli sitä mieltä, että yhteistyö muiden tahojen kanssa oli alkanut toimia paremmin, kun oli oppinut tuntemaan heitä. Lisäksi kerrottiin, että yhteistyössä kaikkien kanssa on parantamisen varaa ja yhteistyön toimivuuden olevan usein oman aktiivisuuden varassa. Vastaajista yhdellä ei ollut yhteistyöstä eri tahojen kanssa vielä kokemusta ja yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

”Sosiaalipuolelta ei tietoja saa neuvolaan, miten jatkohoito on järjestetty. Se on hankalaa, koska tieto on sen varassa mitä asiakas kertoo.”

”Jag är besviken på soc. byrån främst för att man väntar för länge med att ingripa. Pratar och uppmanar oss, men jobbar inte som lovat.”

”Ibland bättre oftast sämre. Tystnadsplikten gör att vi ofta inte får feed back”

”Usein minun oman aktiivisuuden varassa”

8.7 Fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisen kehittäminen

Terveydenhoitajilta kysyttiin lopuksi, miten lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista voitaisiin kehittää. Vastaajista neljäsosa oli sitä mieltä, että asiasta tulee puhua enemmän ja avoimemmin vastaanotolla (n=4). Kehittämiskeinoina mainittiin, että aiheeseen liittyvää koulutusta tulisi järjestää enemmän (n=3), ja että kaikille yhteinen toimintamalli olisi tarpeen (n=3). Kehittämiskeinoiksi ehdotettiin myös, että jonkinlainen kyselylomake voisi toimia hyvänä apuvälineenä puuttumisessa (n=2), ja fyysisestä kaltoinkohtelusta tulisi tiedottaa enemmän muun muassa mediassa (n=2).

Vastauksista ilmeni myös, että yhteistyötä sosiaalitoimen kanssa tulisi kehittää toimivammaksi (n=2). Vastauksissa tuotiin esiin ehdotuksia, miten kasvatus- ja kuristustoimenpiteitä voitaisiin käydä läpi eri tavoin (n=2), kuten luentoja maahanmuuttajille sekä kyselylomake vanhemmille perheen kuritustavoista. Lisäksi toivottiin, että ennaltaehkäisevä perhetyö olisi helpommin saatavilla sekä erityisesti nuorille terveydenhoitajille tulisi järjestää mahdollisuus saada keskusteluapua ja tukea työhönsä. Vastaajista neljäsosa (n=4) oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.

”Kyselylomakkeita alkaa neuvolatyössä jo olla liikaa, mutta fyysinen kaltoinkohtelu on niin vakava asia, että kyselylomake voisi olla hyvä apuväline...”

”Ennaltaehkäisevää perhetyötä helpommin saataville, että apua saisi tarjota jo pieniin ongelmiin.”

"Maahanmuuttajille yhteinen luento vuosittain "fyysinen väkivalta lapsen kasvatuksessa ei ole sallittua Suomessa ja mitä se voi lapselle aiheuttaa". Aistit hereillä terv. hoitajilla. Uskalla puuttua. Lisäkoulutukseen ei olisi pahitteeksi."

"Bättre samarbete från soc. byrån önskas. Vi ger dem info och hoppas att de skall kontrollera situationen och ingripa men tyvärr har vi inte den bilden av deras arbete."

"Puhumalla siitä avoimesti enemmän. Äitiys- ja lastenneuvoloissa. Perhevalmennuksissa jne"

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset:

1. Terveystenhoitajat osaavat määritellä fyysisen kaltoinkohtelun. Fyysiseksi kaltoinkohteluksi luokiteltiin lyöminen, tukistaminen, töniminen, potkiminen, ravistelu ja piiskaaminen. Terveystenhoitajat määrittivät kuitenkin fyysiseksi kaltoinkohteluksi myös laiminlyönniksi luokiteltavaa kaltoinkohtelua.
2. Terveystenhoitajat kohtasivat fyysisesti kaltoinkohdeltuja lapsia ja puuttuivat siihen. Kaltoinkohteluun puututtiin keskustelemalla, tekemällä lastensuojeluilmoitus tai ottamalla yhteyttä lastensuojeluun, tekemällä yhteistyötä lääkärin kanssa ja järjestämällä tukea vanhemmille.
3. Puuttumisen keinoina pidettiin yleisesti keskustelua ja avointa informointia vanhemmille, lastensuojeluilmoitusta, yhteydenottoa lastensuojeluun, yhteistyötä muiden tahojen kanssa, tukitoimien järjestämistä perheelle sekä havainnointia ja seurantaa. Puuttumistilanteissa pidettiin tärkeänä tuen saamista perheelle, vanhempien kuuntelua ja avointa keskustelua, kunnioitusta ja hienotunteisuutta, lapsen turvallisuudesta huolehtimista sekä rauhallista ja asiallista käyttäytymistä.
4. Terveystenhoitajat ottivat kasvatus- ja kurittamiskäytännöt puheeksi vanhempien kanssa. Erityisesti keskusteltiin uhmaikäisten rajojen asettamisesta ja tahtokohtauksista sekä keskusteltiin maahanmuuttajien kanssa kasvatuskäytännöistä.
5. Vain vähän yli puolella tutkimukseen osallistuneista terveystenhoitajista oli käytössä toimintamalli fyysiseen kaltoinkohteluun puututtaessa. Toimintamalli pitää sisällään erityisesti yhteistyötahot ja lastensuojeluilmoituksen tekemisen. Käytössä oleva toimintamalli ei siis ole kaikkien tiedossa.

6. Fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista vaikeutti erityisesti epävarmuus ja riittävän näytön puuttuminen. Lisäksi pelättiin välien rikkoutumista vanhempiin ja asiakassuhteen päättymistä sekä vanhempien aggressiivisuutta. Fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista helpotti erityisesti moniammatillinen yhteistyö, lapsen tai vanhemman kertominen asiasta tai näkyvät merkit lapsessa. Myös terveydenhoitajan kokemus ja ammattitaito sekä toimiva asiakassuhde helpotti puuttumista.
7. Riskitekijöitä lapsen fyysiselle kaltoinkohtelulle olivat vanhempien päihdeidenkäyttö, vanhemman lapsena kokema kaltoinkohtelu, kriisit perheessä sekä vanhempien mielenterveysongelmat. Lisäksi riskitekijöitä olivat kulttuurierot, työttömyys ja taloudelliset ongelmat. Riskitekijöitä huomioitiin ylimääräisillä ja pidemmällä käynneillä, avoimella keskustelulla sekä vanhempien tukemisella ja tukitoimien järjestämisellä.
8. Terveystenhoitajat tekivät eniten yhteistyötä lääkärin, sosiaalitoimen ja lastensuojelun kanssa lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puututtaessa. Yhteistyön toimivuudessa sosiaalitoimen kanssa oli ongelmia, mutta muiden tahojen kanssa yhteistyö toimi hyvin.
9. Terveystenhoitajat kehittäisivät fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista puhumalla asiasta enemmän ja avoimemmin vastaanotolla, lisäkoulutuksella, yhteisellä toimintamallilla sekä kyselylomakkeella. Lisäksi ehdotettiin asian esille nostamista mediassa ja yhteistyön kehittämistä sosiaalitoimen kanssa.

10 POHDINTA

10.1 Aiheen valinta ja rajaus

Opinnäytetyön aiheen valinta ei tuntunut aluksi helpolta. Tavoitteena oli löytää mielenkiintoinen aihe työlle, josta on myös tulevaisuudessa hyötyä. Opinnäytetyön tekeminen on pitkäkestoinen projekti, joten halusimme löytää kiinnostavan aiheen, jotta työtä jaksaa tehdä mahdollisimman hyvin. Lapsen kaltoinkohtelu-aihe tuli mieleen siitä tehdyn hoitotyön suosituksen (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008) pohjalta.

Lapsen kaltoinkohtelua on monta eri lajia ja työstä olisi tullut liian laaja, jos kaikki kaltoinkohtelun lajit olisi otettu mukaan. Valitsimme fyysisen kaltoinkohtelun, koska se oli parhaiten määriteltävissä. Koulussamme oli tehty yksi opinnäytetyö lapsen kaltoinkohtelun tunnistamisesta ja puuttumisesta. Tämän vuoksi valitsimme tarkastelun kohteeksi lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisen. Lisäksi valitsimme siihen terveydenhoitajan näkökulman omaa tulevaa työtämme ajatellen.

Aihe oli mielestämme erittäin mielenkiintoinen ja tärkeä. Vaikka aihe on rankka, työtä oli mielenkiintoista tehdä koko ajan. Työtä tehdessä aihe ei tuntunut raskaalta, vaan objektiivisuus aiheeseen säilyi. Vaikka työn aihe oli mielenkiintoinen, sitä oli haastava tehdä. Opinnäytetyön teoriapohja on antanut meille itselle vahvan tietämyksen lapsen fyysisestä kaltoinkohtelusta ja siihen puuttumisesta. Aihe tuntui jo aluksi meistä tärkeältä, mutta työtä tehdessä se on tullut vieläkin tärkeämmäksi.

Aihe on tärkeä, koska lapsen fyysinen kaltoinkohtelu on yllättävän yleistä ja sen esiintyvyys vain lisääntyy. Asiaan on puututtava nopeasti, koska fyysisellä kaltoinkohtelulla on vaikeat ja läpi elämän kestävät seuraukset. Aikuisen on aina puututtava lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun, koska lapsi itse ei pysty siihen vaikuttamaan. Terveydenhoitaja on avainasemassa tunnistettaessa ja puututtaessa lapsen kaltoinkohteluun. Aina on toimittava lapsen parhaaksi.

Opinnäytetyöstä on toivottavasti meille tulevassa työssä paljon hyötyä ja oma osaamisemme asiasta on vahvistunut. Toivomme, että opinnäytetyöstämme on hyötyä kaikille terveydenhoitajille. Haluaisimme myös, että työmme lisääisi yleisesti tietämystä asiasta ja aihe saisi lisää näkyvyyttä ja huomiota. Toivottavasti omassa työssämme tulevana terveydenhoitajina uskallamme ja osaamme puuttua lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun.

10.2 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimustuloksista saatiin vastauksia asetettuihin tutkimusongelmiin. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitä lastenneuvolan ja alakoulun terveydenhoitaja tekee, kun hänellä herää epäily lapsen fyysisestä kaltoinkohtelusta. Lisäksi haluttiin selvittää mitä puuttumisen keinoja oli, mitä terveydenhoitajat niistä tiesivät sekä mikä esti tai edisti puuttumista. Tutkittiin myös onko Vaasassa käytössä toimintamalli lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisessa.

Vastaajien määritellessä fyysistä kaltoinkohtelua, yli puolella vastaajista esiintyi myös laiminlyönniksi luokiteltavaa kaltoinkohtelua. Kaikki eivät siis olleet tietoisia, mikä luokitellaan fyysiseksi kaltoinkohteluksi. Esimerkiksi hoitotyön suosituksessa (Hoitotyön tutkimussäätiö 2008) kaltoinkohtelun eri muodot on selkeästi määritelty. Tutkimustulosten mukaan Vaasassa esiintyy kaltoinkohtelua jonkin verran ja terveydenhoitajat puuttuvat siihen.

Tutkimuksessamme terveydenhoitajat puuttuivat lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun keskustelemalla, tekemällä lastensuojeluilmoituksen tai ottamalla yhteyttä lastensuojeluun, tekemällä yhteistyötä lääkärin kanssa ja järjestämällä tukea vanhemmille. Paavilaisen ja Flinckin (2007) tutkimuksessa tulee myös esiin lääkärin ja hoitajan rooli ja vuorovaikutustaidot kaltoinkohteluun puuttuttaessa. Samassa tutkimuksessa tuotiin myös esille, että lapsen huolellinen fyysinen tutkiminen ja vanhempien ja lapsen välisen vuorovaikutuksen havainnointi on tärkeää. Lisäksi on tärkeää kysyä kaltoinkohtelusta suoraan ja esimerkiksi kotikäynnit mahdollistavat vuorovaikutuksen havainnoinnin. Kyseisestä tutkimuksesta ilmeni myös tarve parantaa dokumentointia ja tiedonkulkua. Meidän tutkimuksessamme ilmeni samankaltaisia tuloksia.

Terveydenhoitajilta selvitettiin, onko työpaikalla käytössä jokin toimintamalli lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisessa. Vastaajista vähän yli puolet oli tietoisia toimintamallin olemassa olosta. Kaikki vastaajat työskentelevät Vaasassa, joten kaikilla pitäisi olla yhtenäinen toimintamalli käytössä. Vähän alle puolet vastaajista ei kuitenkaan ollut tietoisia tästä toimintamallista. Kehittämissuhteissa mainittiin toimintamalli puuttumiseen. Lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista helpottaisi, jos toimintamalli olisi paremmin terveydenhoitajien tiedossa.

Paavilaisen, Kanerviston, Flinckin ja Rautakorven (2006) tutkimuksen mukaan terveydenhoitajien puuttumista vaikeuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi vanhempien reaktioiden kohtaaminen ja asian ahdistavuus. Lisäksi pelätään puuttumisen seurauksia ja vanhempien reaktioita. Tutkimustuloksistamme kävi ilmi, että terveydenhoitajat pelkäävät välien rikkoutumista vanhempiin sekä vanhempien aggressiivisuuden kohtaamista. Lisäksi puuttumista vaikeutti epävarmuus ja riittävän näytön puuttuminen. Myös Paavilaisen tutkimuksessa (1998) todetaan, että terveydenhoitajat pelkäävät ottaa kaltoinkohtelua puheeksi.

Puuttumista edistäviksi tekijöiksi todetaan Paavilaisen ym. (2006) tutkimuksessa esimerkiksi keskustelu työyhteisössä ja selkeät toimintaohjeet. Nämä asiat tulivat ilmi myös meidän tutkimuksessa. Tutkimustuloksista kävi ilmi myös, että näkyvät merkit helpottavat puuttumista. Flinckin, Merikannon ja Paavilaisen (2007) tutkimuksessa todetaan, että pahoinpitelyepäily heräsi yleensä vanhempien tai lapsen käyttäytymisestä, mustelmista, murtumista, sisäisistä vammoista ja useista tapaturmista.

Tutkimuksemme mukaan riskitekijöitä lapsen fyysiselle kaltoinkohtelulle ovat esimerkiksi vanhempien päihteiden käyttö, vanhemman lapsena kokema kaltoinkohtelu, kriisit perheessä sekä vanhempien mielenterveysongelmat. Lisäksi riskitekijöiksi todettiin kulttuurierot, työttömyys ja taloudelliset ongelmat. Samankaltaisiin tuloksiin on päädytty myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Paavilainen 1998; Paavilainen & Flinck 2007; Hoitotyön tutkimussäätiö 2008). Tutkimustulostemme mukaan riskitekijöitä huomioidaan esimerkiksi ylimääräisillä käynneillä, avoimella keskustelulla ja tukitoimien järjestämisellä. Hoitotyön suosituksessa

(2008) hoitajan tehtäväksi määritellään muun muassa perheiden kuunteleminen ja jatkohoidon järjestäminen.

Tutkimustulostemme mukaan terveydenhoitajat tekevät eniten yhteistyötä lääkärin, sosiaalitoimen ja lastensuojelun kanssa lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puututtaessa. Yhteistyössä sosiaalitoimen kanssa oli kehitettävää. Myös Paavilainen (1998) on todennut tutkimuksessaan viranomaisyhteistyön kehittämisen tarpeen. Lehtimäki (2008) on todennut tutkimuksessaan, että tietoa yhteistyötahojen välillä tulee välittää koko prosessin ajan. Tutkimuksessa todetaan myös, että yhteiset keskustelut mahdollistavat tärkeän tiedonvaihdon.

Tutkimustulostemme mukaan terveydenhoitajat ottivat lapsen kasvatus- ja kurittamiskäytännöt puheeksi vanhempien kanssa. Paavilaisen ja Flinckin tutkimuksessa (2007) tulee esiin asennekasvatuksen tärkeys lapsen kurittamista vastaan, kurittamiskäytännöistä keskusteleminen perheen kanssa sekä kaltoinkohtelusta suoraan kysyminen, koska kysyttäessä vanhemmat yleensä kertovat siitä.

Paavilainen (1998) ja Paavilainen ym. (2006) ovat todenneet, että terveydenhuoltohenkilöstö tarvitsee lisäkoulutusta kaltoinkohtelun eri osa-alueilta, kuten moniammatillinen yhteistyö, kaltoinkohtelun ennaltaehkäisy ja jatkohoito. Myös Flinckin ym. (2007) sekä Paavilaisen ja Flinckin (2007) tutkimuksissa tulee esiin lisäkoulutuksen tärkeys, jotta terveydenhoitajat saavat lisää valmiuksia ottaa kaltoinkohtelu puheeksi. Meidän tutkimuksessa tuli myös esille terveydenhoitajien lisäkoulutuksen tarve.

Tutkimuksemme tulokset olivat suurimmaksi osaksi teorian mukaisia, eikä tuloksissa ollut yllätyksiä. Huomasimme, että osa vastaajista oli paneutunut huolella vastaamiseen ja vastaukset olivat kattavia. Osa vastaajista taas oli vastannut suppeammin tai jättänyt vastaamatta osaan kysymyksistä. Toteutimme kyselymme vain suomenkielisenä ja arvelimme sen vaikuttavan jonkin verran vastauksiin. Muutamalla vastaajalla huomasimme vaikuttaneen sen, että heidän täytyi vastata suomeksi. He olisivat kuitenkin voineet vastata myös ruotsiksi, kuten eräs vastaaja tekikin. Mielestämme kyselyn kielivalinnalla ei ollut loppujen lopuksi suurta vaikutusta tutkimuksen onnistumiseen ja luotettavuuteen.

10.3 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuutta pyritään arvioimaan kaikissa tutkimuksissa, jotta vältettäisiin virheiden syntymistä. Luotettavuutta voidaan arvioida monilla eri mittaus- ja tutkimustavoilla. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Tutkimus on reliaabeli, jos esimerkiksi kaksi eri arvioijaa päätyy samaan tulokseen tai samaa henkilöä eri kerroilla tutkittaessa päädytään samaan tulokseen. Olemme pyrkineet kuvaamaan tutkimuksemme toteutuksen ja eri vaiheet mahdollisimman tarkkaan, jotta tutkimus on toistettavissa. (Hirsjärvi ym. 2007, 226.)

Toinen tutkimuksen arviointiin liittyvä käsite on validiteetti, joka tarkoittaa mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Laadimme kyselylomakkeen tutkimusongelmien ja teorian pohjalta, jotta vastauksia saataisiin niihin kysymyksiin, joita oli tarkoitus tutkia. Vastaajat olivat myös ymmärtäneet kysymykset oikein eikä vääriä tulkintoja ilmennyt, joten tuloksia voidaan pitää pätevinä. Mielestämme kyselylomakkeessa ei ollut puutteita yhtä vastausvaihtoehtoa lukuun ottamatta. Kysymyksestä numero viisi (LIITE 2) huomasimme vastauksia analysoidessamme, että vastausvaihtoehdot olisivat voineet olla numeerisesti määriteltyjä, jotta vastaukset olisivat antaneet tarkemman lukumäärän.

Ennen tutkimusluvan hakemista suoritimme kyselylomakkeen esitestauksen, joka tarkoittaa mittarin luotettavuuden ja toimivuuden testaamista varsinaista tutkimusotosta pienemmällä vastaajajoukolla. Kyselylomake oli kehitetty tutkimustamme varten, joten esitestaaminen oli erityisen tärkeää (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 154). Esitestasimme kyselylomakkeen kolmella henkilöllä. Myös opinnäytetyömme ohjaaja tarkisti kyselylomakkeen. Lisäksi tutkimusluvan myöntänyt Anne Pohjola tarkisti lomakkeen ennen luvan myöntämistä. Hänen palautteestaan muutimme yhtä kysymystä hieman.

Vastaamisaikaa annettiin noin kymmenen päivää. Vastausajan loputtua kyselylomakkeita oli palautunut puolet. Tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi pyysimme Anne Pohjolaa välittämään terveydenhoitajille muistutusviestin vastaamisesta. Tämän jälkeen saimmekin vastauksia lisää niin, että vastaajien määräksi tuli

16 kappaletta eli vastausprosentiksi muodostui 73 %. Korkea vastausprosentti lisäsi tutkimuksemme luotettavuutta ja tuloksien pätevyyttä. Vastaajien kokonaismäärä olisi ollut vielä suurempi, jos mukaan olisi otettu myös ruotsinkieliset alakoulut.

Pyrimme laatimaan kysymykset mahdollisimman selkeiksi ja helposti ymmärrettäviksi. Ruotsinkielinen kyselylomake olisi voinut lisätä luotettavuutta hieman, mutta saaduissa vastauksissa ei kuitenkaan ollut suuria puutteita kyselylomakkeen kielestä johtuen. Selkeitä väärinymmärryksiä kielestä johtuen ei ilmennyt.

Käytimme avoimia kysymyksiä, jotka antoivat mahdollisuuden vastata laajasti omin sanoin. Kyselylomakkeen alussa ilmoitimme, että vastauksia voi tarvittaessa jatkaa kyselylomakkeen kääntöpuolelle. Tuloksien raportoinnissa käytimme suoria lainauksia jonkin verran. Näin pyritään varmistamaan tutkimuksen luotettavuutta ja antamaan lukijalle mahdollisuus pohtia aineiston keruuta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160).

Tutkimuksemme luotettavuutta lisäsi, että tutkijoita oli kaksi. Kvalitatiivista tutkimusta tekevä työskentelee usein yksin, jolloin on vaarana sokeutuminen omalle tutkimukselle ja väärin johtopäätösten tekeminen. Tällöin puhutaan niin sanotusta holistisesta harhaluulosta tai virhepäätelmästä. Meidän tutkimuksessa tämä pyrittiin estämään sillä, että opinnäytetyötä teki kaksi henkilöä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159.)

Tutkimuksen teoriaosuutta laatiessamme pyrimme mahdollisimman uusiin lähteisiin. Yhtä aikaisempaa tutkimusta lukuun ottamatta lähteemme ovat olleet alle kymmenen vuotta vanhoja. Tämä yksi tutkimus oli yli kymmenen vuotta vanha, mutta otimme sen mukaan, koska se oli niin lähellä omaa aiheitamme. Myös tutkimuksen tuloksissa oli päädytty samankaltaisiin tuloksiin kuin meidän tutkimukssamme. Kaikki käytetyt lähteet on merkitty lähdeviittauksiin sekä lähdeluetteloon, joka löytyy työn lopusta.

10.4 Tutkimuksen eettisyys

Eettisesti hyvän tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Aiheen valinnassa tulisi huomioida yhteiskunnallinen merkittävyys. Tutkimuksen lähtökohtana tulee olla ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkittavien itsemääräämisoikeus taataan tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudella. Tutkimustyön kaikissa vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä. Keskeisiä periaatteita ovat esimerkiksi, että toisten tekstiä ei plagioida, tulokset esitetään rehellisesti ja raportointi on johdonmukaista. (Hirsjärvi ym. 2007, 23–26.)

Tutkimuksemme aihe on yhteiskunnallisesti merkittävä ja siitä on hyötyä kaikille siihen osallistuville ja lasten parissa työskenteleville. Tutkimuksen teossa on pyrittävä tarpeettomien haittojen ja epämukavuuksien minimointiin (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177). Aiheemme on melko sensitiivinen. Tämä olisi pitänyt erityisesti huomioida, jos tutkittavina olisivat olleet itse asiakkaat. Tutkittavinamme olivat kuitenkin terveydenhuollon ammattilaiset. Tutkittavat henkilöt eivät kuuluneet haavoittuvaan ryhmään.

Vastaajille toimitettiin kyselylomakkeen mukana saatekirje (LIITE 1), jossa kerrottiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkittaville annettiin myös mahdollisuus esittää tutkimukseen liittyviä kysymyksiä. Saatekirjeen lopusta löytyivät tutkijoiden yhteystiedot. Lisäksi saatekirjeessä mainittiin opinnäytetyömme ohjaajan nimi. Tutkimukseen osallistumisen on perustuttava tietoiseen suostumukseen, joka tarkoittaa, että tutkittavan on tiedettävä tutkimuksen luonne ja mahdollisuus kieltäytyä osallistumisesta. Tutkittavan on myös saatava tietää aineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178). Saatekirjeessä kerrottiin lyhyesti tutkimuksen tarkoituksesta, toteuttamisesta, vapaaehtoisuudesta ja aineiston hävittämisestä analysoinnin jälkeen sekä tulosten julkistamisesta.

Anonymiteetti on tärkeä osa tutkimusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179). Tämä toteutui tutkimuksessamme, kun kyselyyn vastattiin täysin anonymisti niin, että vastaajaa ei voitu tunnistaa. Tutkimus toteutettiin välillisesti niin, että me emme missään vaiheessa henkilökohtaisesti tavanneet tutkittavia.

Osastonhoitajat jakoivat lomakkeet tutkittaville ja palautus tapahtui valmiiksi maksettujen kirjekuorien välityksellä. Muistutusviestin terveydenhoitajille laittoi ylihoitaja.

Kyselylomakkeen taustatiedoissa kysyttiin tutkittavien työkokemusta terveydenhoitajana ja työkokemusta nykyisessä työpaikassa sekä työskenteleekö lastenneuvolassa, kouluterveydenhuollossa vai molemmissa. Vastauksista ei voinut päätellä tutkittavien henkilöllisyyttä. Tutkittavien henkilöllisyys ei tullut ilmi missään vaiheessa tutkimusta.

Raportoimme tutkimustulokset johdonmukaisesti ja rehellisesti. Tutkimusaineisto käytiin läpi huolellisesti ja tarkasti. Tutkimuksen teoriaosuuteen on merkitty lähdeviitteet huolellisesti. Lisäksi lähteet on merkitty työn loppuun lähdeluetteloon. Saatekirje ja kyselylomake oli huolellisesti ja asiallisesti laadittu. Opinnäytetyön ohjaaja tarkisti saatekirjeen ja kyselylomakkeen. Kyselylomake oli myös esitettävä ennen tutkimusluvan anomista.

Tutkimukseen anottiin kirjallisesti tutkimuslupaa ylihoitaja Anne Pohjolalta. Lupa-anomuksen liitteenä oli tutkimussuunnitelma ja kyselylomake. Luvan saamisen jälkeen tutkimussuunnitelmaa ei enää muutettu. Kyselylomakkeeseen tehtiin yksi korjaus, joka oli edellytyksenä luvan saamiselle. Tutkimus toteutettiin luvan saamisen jälkeen suunnitelman mukaisesti.

10.5 Jatkotutkimusaiheita

Jatkotutkimusaiheeksi sopisi, että tutkimus toteutettaisiin myös ruotsinkielisissä alakouluissa. Tällöin saataisiin laajempialaista tietoa sekä voitaisiin vertailla eroavaisuuksia suomen- ja ruotsinkielisten lasten ja perheiden välillä.

Toinen jatkotutkimusaihe olisi, että tutkimus toteutettaisiin laajemmin myös muualla kuin Vaasassa, kuten ympäryskunnissa. Tällöin kokonaisotanta olisi suurempi ja voitaisiin suorittaa kuntakohtaista vertailua.

Tutkimuksen voisi suorittaa myös sairaalassa, lastenosastoilla tai lasten poliklinikoilla. Tutkimus voisi kohdistua hoitajiin tai potilaisiin. Tutkimuksen voisi suorittaa eri sairaaloissa tai vain yhdessä sairaalassa.

Tutkimuksen kohteeksi voisi ottaa myös jonkin muun kaltoinkohtelun lajin tai tutkia aihetta muusta kuin puuttumisen näkökulmasta.

LÄHTEET

Antikainen Ingrid 2007. Varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen. Teoksessa Armanto Annukka & Koistinen Paula (toim.), Neuvolatyön käsikirja. 1. p. Helsinki. Tammi.

Crisp Beth R. & Lister Pam Green 2002. Nursing and Health Care Management and Policy. Child Protection and Public Health: Nurses' Responsibilities. Journal of Advanced Nursing. Vol. 47, nro. 6, 656–663.

Flinck Aune, Merikanto Juhani & Paavilainen Eija 2007. Lasten fyysisen pahoinpitelyn tunnistaminen ja siihen puuttuminen yliopistollisessa sairaalassa. Hoitotiede. Vol. 19, nro 3, 163–172.

Flinck Aune & Paavilainen Eija 2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen on myös terveydenhuollon asia. Hoitotiede. Vol. 20, nro 5, 289–290.

Henttonen Tanja 2009. Vauvojen kaltoinkohtelu. Tunnistaminen ja puuttuminen ensikodeissa. Helsinki. Ensi- ja turvakotien liitto ry. [viitattu 4.11.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://ensijaturvakotienliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/0648c664f8aa135bd84a8fe5625cbd43/1288854594/application/pdf/3140137/Vauvojen%20kaltoinkohtelu%20raportti.pdf>](http://www.muodossa.fi/@Bin/0648c664f8aa135bd84a8fe5625cbd43/1288854594/application/pdf/3140137/Vauvojen%20kaltoinkohtelu%20raportti.pdf)

Hirsjärvi Sirkka, Remes Pirkko & Sajavaara Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki. Tammi.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Hoitotyön suositus.

Holmberg Tiina 2000. Lapset ja perheväkivalta. Opas vanhemmille, lastensuojelun ammattilaisille ja muille lasten kanssa työskenteleville. Stakes, naisiin kohdistuvan väkivallan ehkäisyprojekti. Helsinki. Lasten Keskus.

Kallio Pentti & Tupola Sarimari 2004. Lapsen fyysinen pahoinpitely. Teoksessa Söderholm Annlis, Halila Ritva, Kivitie-Kallio Satu, Mertsola Jussi & Niemi Sirkku (toim.), Lapsen kaltoinkohtelu. 1. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Kaltoinkohdeltu lapsi -käsikirja 2008. Tampere. Päivitetty 30.4.2008. Saatavilla [www-muodossa:<URL: http://www.tampere.fi/tiedostot/5porX67Vn/Kasikirja080526.pdf>](http://www.tampere.fi/tiedostot/5porX67Vn/Kasikirja080526.pdf)

Kankkunen Päivi & Vehviläinen-Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.p. Helsinki. WSOY.

Laakso Juhani & Sohlman Airi 2002. Yhteistyö kouluterveydenhuollossa. Teoksessa Terho Pirjo, Ala-Laurila Eija-Liisa, Laakso Juhani, Krogus Hillevi & Pietikäinen Matti (toim.), Kouluterveydenhuolto. 2. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

L417/2007. Lastensuojelulaki. 13.4.2007. [viitattu 11.11.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417)

L88/2010. Lastensuojelulaki. 12.2.2010. [viitattu 16.11.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417>](http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070417)

Latvala Eila & Vanhanen-Nuutinen Liisa 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen Sirpa & Nikkonen Merja (toim.), Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 1.p. Helsinki. WSOY.

Lehtimäki Susanna 2008. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen – yhteistyötä yli ammattirajojen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Lindholm Marja 2007. Lasteneuvolatyön järjestelmä. Teoksessa Armanto Annukka & Koistinen Paula (toim.), Neuvolatyön käsikirja. 1. p. Helsinki. Tammi.

Lounamaa Raisa 2004. Lapselle seipitetty tai aiheutettu sairaus-Syndroma Munchausen by proxy (SMbP). Teoksessa Söderholm Annlis, Halila Ritva, Kiviti-Kallio Satu, Mertsola Jussi & Niemi Sirkku (toim.), Lapsen kaltoinkohtelu. 1. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Paavilainen Eija 1998. Lasten kaltoinkohtelu perheessä. Perheen toiminta ja yhteistyö perhettä hoitavan terveydenhoitajan kanssa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Paavilainen Eija 2007. Lapsen kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen. Teoksessa Armanto Annukka & Koistinen Paula (toim.), Neuvolatyön käsikirja. 1. p. Helsinki. Tammi.

Paavilainen Eija & Flinck Aune 2007. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen ja siihen puuttuminen: systemaattisesti kerätty tutkimustieto kehittämistyön tukena. Tutkiva hoitotyö. Vol. 5, nro 2, 4–7.

Paavilainen Eija, Kanervisto Merja, Flinck Aune & Rautakorpi Helena 2006. Lasten kaltoinkohtelun tunnistaminen, siihen puuttuminen ja näihin liittyvä koulutuksen tarve. Tutkiva hoitotyö. Vol. 4, nro 1, 23–29.

Paavilainen Eija & Pösö Tarja 2003. Epäily, tunnistaminen, ilmitulo ja puuttuminen perheväkivaltaan. Teoksessa Paavilainen Eija & Pösö Tarja, Lapset, perhe ja väkivaltatyö. 1. p. Helsinki. WSOY.

Paavilainen Eija & Pösö Tarja 2003. Lasten kokema väkivalta käsitteinä ja ilmiöinä. Teoksessa Paavilainen Eija & Pösö Tarja, Lapset, perhe ja väkivaltatyö. 1. p. Helsinki. WSOY.

Ruski Salme 2002. Kouluterveydenhoitajan tehtävät. Teoksessa Terho Pirjo, Ala-Laurila Eija-Liisa, Laakso Juhani, Krogius Hillevi & Pietikäinen Matti (toim.), Kouluterveydenhuolto. 2. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2002. Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus, oppaita 51. 1. p. Helsinki. Gummerus.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Opas työntekijöille. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004: 14. 2. p. Helsinki. Edita.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Julkaisut. Älä lyö lasta! Kansallinen lapsiin kohdistuvan kuritusväkivallan vähentämisen toimintaohjelma 2010–2015. [viitattu 11.11.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12720.pdf>](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-12720.pdf)

Söderholm, Annlis 2004. Johdanto. Teoksessa Söderholm Annlis, Halila Ritva, Kivitie-Kallio Satu, Mertsola Jussi & Niemi Sirkku (toim.), Lapsen kaltoinkohtelu. 1. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Tampereen kaupunki 2008. Kaltoinkohdeltu lapsi. Käsikirja kaltoinkohdellun lapsen kanssa työskenteleville. Päivitetty 30.4.2008. [viitattu 2.12.2010]. Saatavilla [www-muodossa:<URL: http://www.tampere.fi/tiedostot/5porX67Vn/Kasikirja080526.pdf>](http://www.tampere.fi/tiedostot/5porX67Vn/Kasikirja080526.pdf)

Tarvala Irja, Alvari Tarja & Johansson Margoth 2003. Perheväkivallan kohtaaminen äitiys- ja lastenneuvolatyössä. Teoksessa Paavilainen Eija & Pösö Tarja, Lapset, perhe ja väkivalta työ. 1. p. Helsinki. WSOY.

Terho Pirjo 2002. Kouluterveydenhuollon tavoitteet ja merkitys. Teoksessa Terho Pirjo, Ala-Laurila Eija-Liisa, Laakso Juhani, Krogius Hillevi & Pietikäinen Matti (toim.), Kouluterveydenhuolto. 2. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010.[viitattu 22.09.2010] Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/index.php?mid=74>](http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/index.php?mid=74).

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010a. Tilastot ja rekisterit. Lastensuojelu 2009. Päivitetty 26.11.2010. [viitattu 2.12.2010], Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm>](http://www.stakes.fi/FI/tilastot/aiheittain/Lapsuusjaperhe/lastensuojelu.htm)

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2010b. Äitiys- ja lastenneuvolatyö. Oppaat ja esitteet perheille. [viitattu 11.11.2010]. Saatavilla [www-muodossa: <URL: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/lait/neuvolatyo/oppaat_ja_esitteet_perheille>](http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanit-fi/lait/neuvolatyo/oppaat_ja_esitteet_perheille)

Tolvanen Kari & Vuento Marja 2004. Poliisi ja lapsiin kohdistuneet rikokset. Teoksessa Söderholm Annlis, Halila Ritva, Kivitie-Kallio Satu, Mertsola Jussi & Niemi Sirkku (toim.), Lapsen kaltoinkohtelu. 1. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Turunen Merja-Maaria 2004. Lapsen kaltoinkohtelun psyykkisistä seurauksista. Teoksessa Söderholm Annlis, Halila Ritva, Kivitie-Kallio Satu, Mertsola Jussi & Niemi Sirkku (toim.), Lapsen kaltoinkohtelu. 1. p. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.

Unicef 2010a. Lapsen oikeuksien sopimus lyhennettynä. Päivitetty 25.10.2007. [viitattu 11.11.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa:) <URL: http://www.unicef.fi/LOS_lyhyt>

Unicef 2010b. Lapsen oikeuksien sopimus. Päivitetty 29.10.2010. [viitattu 11.11.2010]. Saatavilla [www-muodossa:](http://www.muodossa:) <URL: http://www.unicef.fi/lapsen_oikeuksien_sopimus>

LIITE 1

SAATEKIRJE

08.02.2011

Hyvä vastaaja!

Opiskelemme Vaasan ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä aiheesta ”**Lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttuminen**”. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mitä lastenneuvolan ja alakoulun terveydenhoitaja tekee, kun hänellä herää epäily lapsen fyysisestä kaltoinkohtelusta. Tutkimme mitä puuttumisen keinoja on, mitä terveydenhoitajat niistä tietävät sekä mikä estää tai edistää puuttumista. Lisäksi tutkimme, onko Vaasassa käytössä toimintamalli lapseen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisessa. Tutkimuksen tavoitteena on herättää keskustelua aiheesta ja nostaa sitä esiin. Haluamme tuottaa terveydenhoitajille lisää tietoa puuttumisen keinoista sekä itselle tulevaan työhön osaamista ja asiantuntijuutta. Tutkimus on kvalitatiivinen ja tiedonkeruumenetelmänä käytetään kyselomaketta, joka sisältää pääosin avoimia kysymyksiä.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kaikki vastaukset käsitellään luotamuksellisesti, eikä vastaajan henkilöllisyys tule ilmi missään vaiheessa. Kyselylomakkeet hävitetään asianmukaisesti opinnäytetyön valmistuttua. Opinnäytetyötämme ohjaa yliopettaja Paula Hakala. Vastaamme mielellämme kaikkiin tutkimukseen liittyviin kysymyksiin. Meihin voi ottaa yhteyttä sähköpostilla tai puhelimitse. Tutkimustulokset kootaan opinnäytetyöhön, jonka on tarkoitus valmistua kevään 2011 aikana.

Täytetyt kyselylomakkeet palautetaan postitse kirjekuorissa, joissa on postimerkki valmiina, **viimeistään 21.2.2011** mennessä.

Kiitos vastauksista jo etukäteen!

Ystävällisin terveisin,

Marianne Piilola

Marja-Liisa Valli

xxxxxxxxxx

xxxxxxxxxx

xxxxxxxxxx

xxxxxxxxxx

Terveydenhoitaja lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttujana

Voit tarvittaessa jatkaa vastauksia paperin kääntöpuolelle, merkitse tällöin myös kysymyksen numero.

1. Montako vuotta olet työskennellyt terveydenhoitajana? _____

2. Mikä on nykyinen työpaikkasi? (Merkitse rastilla oikea vaihtoehto)

Lastenneuvola ☐ Kouluterveydenhuolto ☐

3. Kauanko olet työskennellyt nykyisessä työssäsi? _____

4. Mitä on mielestäsi lapsen fyysinen kaltoinkohtelu?

5. Kuinka usein Sinulla työssäsi herää epäily lapsen fyysisestä kaltoinkohtelusta? (Merkitse rastilla oikea vaihtoehto)

Usein ☐ Joskus ☐ Harvoin ☐ Ei koskaan ☐

6. Oletko kohdannut työssäsi fyysisesti kaltoinkohdeltuja lapsia? (Merkitse rastilla oikea vaihtoehto)

KYLLÄ ☐ EI ☐

7. Oletko puuttunut lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun? (Merkitse rastilla oikea vaihtoehto)

KYLLÄ ☐ EI ☐

8. Jos vastasit KYLLÄ, miten olet puuttunut lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun?

9. Jos vastasit EI, mikä Sinua on estänyt puuttumasta?

10. Millaisia puuttumisen keinoja ja menetelmiä on käytettävissä?

11. Mitkä asiat vaikeuttavat lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista?

12. Mitkä asiat helpottavat lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista?

13. Mikä puuttumistilanteissa on tärkeää?

14. Millaisia ovat perheet, joissa on suurentunut riski lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun?

15. Millä tavalla yllä mainittujen perheiden lapsia huomioidaan asiakaskäynneillä?

16. Onko työpaikallasi käytössä toimintamalli lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumisessa? (Merkitse rastilla oikea vaihtoehto)

KYLLÄ ☐

EI ☐

Jos vastasit KYLLÄ, mitä toimintamalli pitää sisällään?

17. Mitä yhteistyötahoja Sinulla on lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puututtaessa?

18. Miten yhteistyö yllä mainittujen tahojen kanssa mielestäsi toimii?

19. Otetaanko perheen kasvatus- ja kurittamiskäytäntöjä puheeksi vastaanotolla vanhempien kanssa ja miten niistä keskustellaan?

20. Miten lapsen fyysiseen kaltoinkohteluun puuttumista voitaisiin kehittää?

Kiitos vastauksista!